



Nuno Oliveira

**A Segurança das Pessoas  
no Transporte Intra-Hospitalar  
para a realização de Técnicas  
Pneumológicas**

Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado  
sob orientação científica da Professora  
Doutora Alice Ruivo

Trabalho de Projeto de Mestrado em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Fevereiro, 2013



Nuno Oliveira

**A Segurança das Pessoas  
no Transporte Intra-Hospitalar  
para a realização de Técnicas  
Pneumológicas**

Trabalho de Projeto apresentado para  
cumprimento dos requisitos necessários à  
obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado  
sob orientação científica da Professora  
Doutora Alice Ruivo

Trabalho de Projeto de Mestrado em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Fevereiro, 2013

*Os grandes navegadores devem a sua reputação aos  
temporais e às tempestades.*

*(Epicuro)*

## **SIGLAS**

BATT – Biopsia Aspirativa Trans - Torácica

BF – Broncofibroscopia

BE – Bloco Exames

BO – Bloco Operatório

CCE – Comissão das Comunidades Europeias

CPLEE MC – Curso Pós – Licenciatura em Enfermagem Médico - Cirúrgica

ECG – Electrocardiograma

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

EP – Exame Especiais

ESS – Escola Superior de Saúde

DPCO – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

FC – Frequência Cardíaca

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

O<sub>2</sub> – Oxigénio

SaO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigénio

SaPO<sub>2</sub> – Saturação Periférica de Oxigénio

SPCI – Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos

SPP – Sociedade Portuguesa de Pneumologia

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNM – Ressonância Magnética Nuclear

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

# ÍNDICE

---

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. IDEIAS E CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM	13
1.2. CONCEITO DE COMPETÊNCIA	21
1.3. IDEIAS E CONCEPÇÕES NO TRANSPORTE DE PESSOAS DOENTES	23
1.3.1. A Saúde e a Doença Respiratória em Portugal	23
1.3.2. Breve resenha histórica – Atendimento à Pessoa em situação crítica	25
1.3.3. Transporte da Pessoa em Situação Crítica	27
1.3.4. Considerações Éticas e Deontológicas no Transporte da Pessoa em Situação Crítica	32
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	36
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	36
2.1.1. Estudo - Desenho de Investigação	39
2.1.2. O meio / Contexto	39
2.1.3. Tratamento e Discussão dos resultados	41
2.1.4. Conclusões do Estudo	51
2.1.5. Limitações do Estudo	53
2.1.6. Um olhar diagnóstico - <i>Stream - Analysis</i>	53
2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	58
2.3. PLANEAMENTO	58
2.4. EXECUÇÃO	59
3. REFLEXÃO, EU ESPECIALISTA	62
3.1. UM PERCURSO	62
3.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	64
4. REFLEXÃO, EU MESTRE	71
4.1. COMPETÊNCIAS DO MESTRE	71

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	75
-------------------------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	79
----------------------------------	----

APENDICES:

1. Artigo Científico – A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológica _____	88
2. Calendário do Estágio _____	98
3. Cronograma do Estudo _____	99
4. CMAP TOOLS – Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica _____	100
5. Termo de Consentimento Informado – Estudo _____	101
6. Grelha de Observação _____	102
7. Dados Observados no Estudo _____	104
8. Análise das Entrevistas – Serviço de Pneumologia _____	141
9. Termo de Consentimento Informado - Entrevistas Serviço de Pneumologia ____	144
10. Análise das Notas de Campo _____	145
11. Serviço de Pneumologia: “Curta - Metragem” _____	146
12. Ensaio Reflexivo: A Segurança na realização de Técnicas Pneumológicas ____	149
13. Divulgação dos Resultados e Sugestões _____	154
14. Plano de Sessão _____	155
15. Slides de Divulgação e Discussão dos Resultados _____	157
16. Diagramas de Intervenção _____	177

## ANEXOS:

1. Ilustração dos Principais Eventos Adversos graves no Transporte Intra – Hospitalar, (GILLES, et al (2010) _____	185
2. Ilustração das várias circunstâncias que conduzem a Efeitos Adversos no Transporte Intra – Hospitalar, (GILLES, et al 2010) _____	186
3. Resumo de Estudos Nacionais sobre o Transporte de Pessoas em Situação Crítica _____	187
4. Escala de Estratificação de Risco – ETXEBARRIA et al. (1998)_____	188

## ÍNDICE GRÁFICOS

---

GRÁFICO 1 – Problemas e/ou incidentes durante o Processo de Transporte _____	38
GRÁFICO 2 – Exames realizados _____	42
GRÁFICO 3 – Dados Observados – Respiração _____	43
GRÁFICO 4 – Dados Observados – SaO2 após o exame _____	44
GRÁFICO 5 – Dados Observados – Frequência Cardíaca antes do exame _____	45
GRÁFICO 6 – Dados Observados – Tensão Arterial após o exame _____	46
GRÁFICO 7 – Escala Etxebarria antes do exame _____	47
GRÁFICO 8 – Escala Etxebarria após o exame _____	48
GRÁFICO 9 – Problemas / incidentes notas de campo _____	50

## ÍNDICE FIGURAS

---

FIGURA 1 – Modelo da Incerteza percebida na doença (Mishel,1988) _____	16
FIGURA 2 – Modelo Reconceptualizado da Incerteza na doença crónica (Mishel,1990) _____	19

# R ESUMO

A Segurança assume-se por várias vias como um dos pilares dos Cuidados de Saúde. Desde 2002 que a Organização Mundial de Saúde considera que a incidência de eventos adversos é um desafio para a qualidade e causa importante de sofrimento humano que poderia ser evitável.

A limitação dos recursos de diagnóstico e de tratamento do nosso Sistema de Saúde cria a necessidade do transporte de Pessoas Doentes, transportes estes, que poderão ser Inter-Hospitalares, quando a Pessoa Doente necessita de cuidados diferenciados que não existem no hospital onde se encontra, ou podem ser Intra-Hospitalares, em a Pessoa Doente se ausenta do serviço para realizar exames de diagnóstico e/ou para intervenções terapêuticas. A duração destes transportes pode ser prolongada, sendo este um período de possíveis complicações, como comprovam vários estudos internacionais.

Este relatório apresenta e reflete, tendo por base as competências do mestre, um Projeto de Intervenção que assentou num estudo exploratório descritivo sobre: **A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas** desenvolvido num Serviço de Pneumologia de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo.

As principais conclusões deste trabalho identificaram situações de risco que podem interferir com a segurança das Pessoas Doentes aquando da realização de técnicas ou exames no exterior do serviço. Foram reconhecidos problemas ou obstáculos, tais como: dificuldades organizacionais e disfuncionalidades do material. O estudo concretiza propostas de ordem organizacional apresentadas sob forma de *Stream-Analysis*, bem como sugestões de procedimento expostos sob forma de diagramas numa tentativa de minimizar falhas e simplificar processos procurando desta forma fortalecer medidas de segurança que envolvem as Pessoas Doentes.

## **Palavras-chave**

Segurança dos Cuidados, Risco, Transporte



# A

## STRACT

Safety has been assumed in many ways as one of the pillars of quality in Health Care. Since 2002, the World Health Organization considers that the incidence of adverse events is a challenge for the quality and important cause of human suffering, which could be avoidable.

The limited resources for diagnosis and treatment of our Health System creates the need for the transport of patients; this transport, can be “*inter-hospital*” (between two different hospitals), where the patients need special care which is not available in the hospital they’re in; or can be “*intra-hospital*” (inside the same hospital) when the patients are moved from their clinical unit to perform diagnostic tests and / or therapeutic interventions. These transports can have an extended duration, being this a period of possible complications, as evidenced by several international studies.

This report presents and reflects, based on the master’s skills, an Intervention Project, entitled: **Safety regarding the transportation of patients that undergo Pulmonary Techniques or exams**. This study was conducted at the Department of Pneumology of an Hospital in Region of Lisbon and Tejo Valley and became an exploratory study in which one of the goals was to identify hot spots that might interfere with the patient safety, when the diagnostic techniques or exams are performed outside the clinical unit.

The conclusions of this work identify risk situations, problems or obstacles ranging from complications or severity of the patients, as well as organizational difficulties, and the incorrect functionality of the materials that is likely to result in a poor planning concerning the means and materials required for a safe transportation. The study address proposals of organizational nature presented in the form of Stream-Analysis and suggestions procedure in the form of diagrams in an attempt to minimize failures, simplify processes by imposing barriers to risk, strengthening the security measures of the patients.

### Keywords

Health Care Safety, Risk, Transport

## INTRODUÇÃO

---

No âmbito do II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), no ano letivo de 2012/2013, elaborámos este Relatório de Trabalho de Projeto, intitulado: **A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas**, com a pretensão de obter o título de Mestre e dar cumprimento ao estabelecido no enquadramento do Regime Jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior, bem como ao regulamento dos Mestrados da ESS.

Este trabalho está alicerçado em outros dois momentos de aprendizagem realizados na ESS do IPS, traduzindo-se desta forma num percurso, que se iniciou em 2007 com a realização de uma Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Urgência /Emergência), correspondente a 25 ECTS. E em 2011, com a conclusão do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (CPLEE MC), correspondendo num total a 90 ECTS. Num processo de equivalências obtivemos 83 ECTS pelo que com a realização deste relatório pretendemos corresponder à concretização dos 7 ECTS em falta para a obtenção do referido mestrado.

A finalidade deste relatório é descrever um olhar reflexivo e crítico de um espaço de aprendizagem que conduziu ao desenvolvimento de competências especializadas a vários níveis, destacando-se ao nível da avaliação, planeamento e investigação, que em processo e associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica pretenderam facilitar o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

Os seus objetivos são:

- Apresentar o Projeto de Intervenção desenvolvido;
- Refletir e analisar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica;
- Refletir e analisar as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O interesse pela área do **Transporte de Pessoas Doentes** surgiu na Pós-Graduação, onde trabalhámos com a metodologia de *Problem Based Learning* (PBL). Pensávamos problemáticas que sugerissem futuros projetos de intervenção, sendo que este tema surgiu-nos enquanto problema potencial num contexto nacional que coincidia com o início das mudanças estruturais do Sistema Nacional de Saúde e da distribuição de algumas valências hospitalares. Estes aspetos aumentavam a necessidade de transportar Pessoas Doentes entre diferentes instituições e dentro da própria instituição, na procura da melhor resposta para as diferentes situações complexas.

Num primeiro momento de pesquisa pudemos verificar a existência de vários estudos internacionais que documentavam o risco durante estes processos de transporte. Estes deram origem a Recomendações Internacionais para o Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Por sua vez, em Portugal, apesar de não encontrarmos estudos sobre risco ou intercorrências em transportes, já em 1997, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), e mais tarde em 2008, conjuntamente com a Ordem dos Médicos havia adotado nacionalmente recomendações para o Transporte de Doentes Críticos.

Em 2011, no contexto do I CPLEE MC e sob o objetivo da elaboração de um Projeto de Intervenção, num estágio realizado num Serviço de Pneumologia de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, que decorreu entre 12 de Janeiro e 22 de Maio de 2011<sup>1</sup>, demos continuidade ao tema. Procurámos observar e identificar problemas ou obstáculos nos processos de transporte de Pessoas Doentes (para a realização de Técnicas Pneumológicas), ao mesmo tempo que estratificávamos o risco em todos os momentos observados.<sup>2</sup>

Considerámos uma vez mais este assunto de interesse para todos os profissionais de saúde, em particular para os Enfermeiros que no dever da sua profissão devem mobilizar os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a Qualidade dos Cuidados e Serviços de Enfermagem<sup>3</sup> (OE, 2009). Espera-se que os Enfermeiros Especialistas sustentem uma capacidade de desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida proporcionando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro às Pessoas a quem presta cuidados. E que no seu desempenho assuma um papel dinamizador, concebendo e colaborando em programas de

---

<sup>1</sup> APENDICE 1 - Calendário do Estágio

<sup>2</sup> ANEXO 3 - Escala de Estratificação de Risco

<sup>3</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Aprovado pelo Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro

melhoria contínua da qualidade (OE, 2010). Do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende-se que faça uso destas e de outras competências na procura de analisar, conceber e implementar resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas na obtenção de mais **segurança e qualidade**.

Na atualidade a **segurança** e a **qualidade** assumem-se enquanto preocupações fundamentais, sendo várias as entidades que se fazem ouvir na defesa desta ideia. Desde 2002 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a incidência de eventos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados e causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável. Em 2008<sup>4</sup>, esta mesma organização, através da *World Alliance for Patient Safety* definiu áreas de atuação estratégicas, das quais se destaca a Investigação para a **Segurança das Pessoas Doentes**.

A *International Council of Nurses*, *International Pharmaceutical Federation* e *World Medical Association* tendo em consideração a área da Saúde como um conjunto complexo de processos, tecnologia e interações humanas, assim como a possibilidade do risco de ocorrência de eventos adversos tomaram uma posição conjunta em que colocam também a **Segurança das Pessoas Doentes** como prioritária nas intervenções dos Cuidados de Saúde<sup>5</sup>. Em Portugal, quer o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, quer a Ordem dos Enfermeiros<sup>6</sup> definem como área prioritária de Investigação, a **Segurança**.

Quando pensamos em Segurança e Qualidade, em particular sobre o tema estudado, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais, é defendido que os transportes de Pessoas Doentes devem obedecer a três princípios principais:

1. Que os benefícios para a Pessoa, excedam os riscos inerentes ao transporte;
2. Que o perigo associado ao transporte deve ser minimizado pela utilização de pessoal treinado;
3. E que o material de monitorização a utilizar deve ser adequado e funcional.

Desta forma, interpretamos que é essencial uma avaliação do risco nas decisões, bem como uma aposta forte no desenvolvimento de competências nos profissionais envolvidos.

---

<sup>4</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). - The Global Burden of Disease: 2004 Update.

<sup>5</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - Tomada de posição do Concelho Jurisdicional sobre segurança do cliente.

<sup>6</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem.

No relatório estão incluídos cinco capítulos, em que no primeiro se afigura a componente conceptual em que pretendemos fundamentar a prática de Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como alicerçar o tema em discussão. No segundo apresentamos o Projeto de Intervenção, dando especial relevo ao diagnóstico de situação e às conclusões e propostas apresentadas. Posteriormente e num terceiro capítulo são expostas reflexões e realizada uma análise sobre os ganhos decorrentes deste processo de aprendizagem tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica. Numa quarta parte é constituída uma nova análise assente nas competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A concluir, apresentamos algumas considerações finais, numa análise retrospectiva do trajeto percorrido, ao mesmo tempo que procuramos perspetivar algum do caminho que faltará ainda percorrer.

Este relatório foi elaborado segundo a Norma Portuguesa NP 405 e redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

---

Neste capítulo pretendemos dar um sentido teórico ao trabalho, sustentando a ação do Enfermeiro Estudante no Projeto. Ao tomarmos consciência de que o conhecimento se adquire de muitas formas e na maior parte das disciplinas, este mesmo conhecimento é adquirido através de várias fontes no decurso da sua história (Fortin 2009). Desenhámos, então, um trilho que atravessa do passado ao presente, do ‘Ser e Fazer Enfermagem’, porque também estamos conscientes que enquanto membros participantes na tradição da prática de Enfermagem, cada Enfermeiro transporta nos seus ombros o passado e o presente dos seus colegas (Benner 2001).

### 1.1. IDEIAS E CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM

---

Na sua história, a Enfermagem, após a segunda metade do século XX, foi alvo de importantes mudanças estruturais e conceptuais que deram um novo rosto à disciplina. O seu conhecimento foi fortemente influenciado pelo aparecimento de diversas teorias e modelos, que fomentaram para a Enfermagem o conhecimento científico (Alligood e Tomey 2004). O pensamento progrediu de um suporte baseado na intuição e nas crenças, para um suporte de racionalidade, o qual permitiu que a reflexão e a indagação se revelassem essenciais para o seu desenvolvimento. Efetivamente, e em concordância com os autores supracitados, assistimos ao abandono progressivo dos “saberes populares” enquanto elementos do conhecimento do “saber” e do “fazer”, inscritos num sistema não sistematizado e não estruturado.

Por muitos séculos, sob o auspício da Igreja, a Enfermagem foi praticada por religiosas e mulheres que dedicavam a sua vida a cuidar dos pobres e das Pessoas Doentes. O saber era transmitido oralmente e decorria das vivências práticas. As ações desenvolvidas tinham uma forte conotação mística, ligadas a sentimentos de amor e de caridade cristã. Esta herança do passado fez com que a Enfermagem fosse entendida, durante muito tempo, como uma vocação e não como profissão, pelo que não evoluía no

que respeita ao corpo central dos seus conhecimentos e das suas práticas (Amaral, et. al. 2007). De acordo com os mesmos autores, a derrocada da época medieval mudou o mundo, assim como a mudança de mentalidades contribuiu para o progresso de várias ciências. Porém, a Enfermagem, até então vinculada aos princípios da Igreja, permaneceu desarticulada e empírica, agravando-se ainda mais a sua situação devido ao afastamento das religiosas dos hospitais.

Na época renascentista (século XVI), muitos dos hospitais cristãos foram fechados e as religiosas expulsas, sendo substituídas por mulheres de baixo nível moral e social. Este período negro da Enfermagem manteve-se até finais do Século XIX, época em que surgiu Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna (Alligood e Tomey 2004). Nightingale marca o início da Enfermagem profissional, defendendo a formação dos Enfermeiros. De acordo com estes autores, gradualmente abandona-se uma atividade empírica desvinculada do saber especializado, constituindo-se como uma prática institucionalizada e específica. O saber foi sendo construído e desenvolvido paulatinamente, tendo por suporte, além do conhecimento científico do campo da biologia, também os conhecimentos das ciências humanas e sociais, porque era necessário que a disciplina desenvolvesse a compreensão da natureza humana.

Na viragem para a segunda metade do século XX, designadamente nas décadas de 1950 e 1960, um grupo de Enfermeiras imprimiu um novo desenvolvimento, a partir da conclusão de que era necessário aprofundar o conhecimento de Enfermagem, na medida em que qualquer disciplina para ser científica tem que possuir um corpo de conhecimentos próprios. Surgiram, então, as primeiras Teóricas de Enfermagem que se preocuparam em desenvolver Modelos e Teorias de Enfermagem. Para estas, o conhecimento era a base do reconhecimento da Enfermagem como disciplina, tal como sucede com os demais campos do conhecimento assentes em teorias (Carvalho 2007).

Os Modelos e Teorias de Enfermagem constituíram-se como instrumentos explicativos da razão de ser, contemplando os seus princípios científicos, filosóficos e valorativos, permitindo aos Enfermeiros uma visão muito mais clara de como agir na prática, mediante protocolos científicos, técnicos e metodológicos adequados. Efetivamente, a ciência repele o incerto, Meleis (1997), citada por Collière (2003) fez uma analogia dos modelos conceptuais de Enfermagem a uma carta de navegação, defendendo que estes direcionam a prática ao mesmo tempo que a libertam dos preconceitos, intuições,

e rituais. Era permitido, desde então, reforçar a identidade dos Enfermeiros através da criação de um pensamento e de uma linguagem comum e em simultâneo, relevar, a importância do Ser Humano como centro de atenção do Cuidado. Este desenvolvimento levou a que, na década de 1970, proliferassem a literatura e os doutoramentos em Enfermagem. Foram muitos os esforços no sentido de se esclarecer o que fazem os Enfermeiros, porque o fazem, como o fazem e qual o caminho a seguir para aumentar o corpo de conhecimentos próprios da profissão. Citando Khun (1970): *“O estudo de paradigmas...é o que melhor prepara o aluno para ser membro da comunidade científica específica com a qual mais tarde irá praticar (...), através do seu estudo e da sua prática, os membros da comunidade correspondente aprendem o seu ofício.”* (Alligood e Tomey, 2004, p.13).

As teorias e a investigação foram e são condição *sine-qua-non* para o desenvolvimento de novos conhecimentos para a profissão e para a realização de uma prática segura. Quer a teoria, quer a investigação, desafiam as práticas existentes, criando novas abordagens e transformando ou reforçando as teorias e ou os modelos vigentes. O uso das teorias ajuda os Enfermeiros a definirem o seu campo de ação, a melhorar o conhecimento da realidade e, por conseguinte, a adequar os seus cuidados à Pessoa. Tal como afirmado por Alligood e Tomey, (2004, p.17), *“(...) A teoria permite-lhes organizar e compreender o que se passa na prática, analisar criticamente a situação do doente para a tomada de decisão clínica, planejar o tratamento e propor as intervenções de Enfermagem apropriadas (...).”*

Não existindo uma teoria única e totalitária, permite-se ao Enfermeiro seguir e orientar-se por um ou mais teóricos com quem se identifica nas suas coordenadas intelectuais. Neste trabalho como coordenadas intelectuais e na conceptualização ao Cuidado à Pessoa em Situação Crítica adotámos a **Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel**.

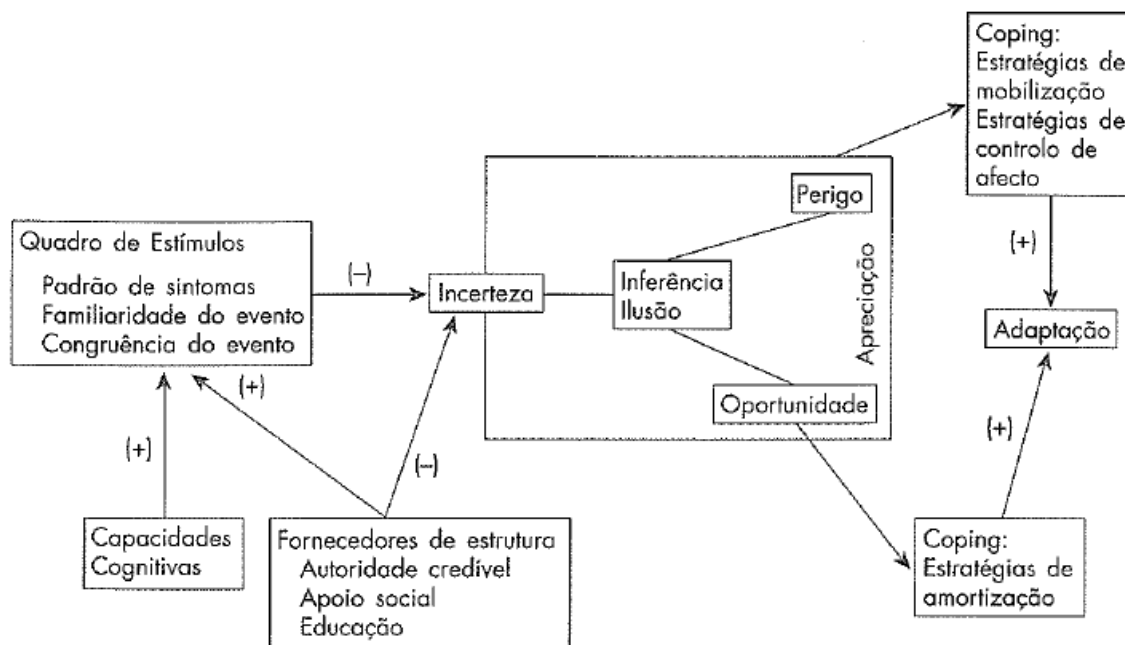
Na génese da sua teoria de médio alcance, Mishel (1988) sofreu influência dos trabalhos realizados por Richard Lazarus & Folkman sobre *stress*. A referida autora, define **Incerteza** como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença, que ocorre quando a Pessoa não é capaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos, ou é incapaz de prever os resultados com precisão.



**A Teoria da Incerteza na Doença** incluiu diversos pressupostos principais (Alligood e Tomey, 2004):

1. A incerteza é um estado cognitivo representando a inadequação de um esquema cognitivo para sustentar a interpretação de eventos relacionados com a doença;
2. A incerteza é uma experiência inerentemente neutra, não desejável nem aversiva até ser avaliada como tal;
3. A adaptação representa a continuidade do comportamento bio-psico-social da Pessoa, sendo este o resultado desejado dos esforços de *coping*, quer para reduzir a incerteza avaliada como perigo, quer para manter a incerteza enquanto oportunidade;
4. As relações entre os eventos da doença, incerteza, apreciação, *coping* e adaptação são lineares e unidireccionais, deslocando-se de situações promotoras de incerteza no sentido da adaptação, tal como apresentado na Fig. 1.

Fig. 1 – Modelo da Incerteza percebida na doença (Mishel, 1988). Fonte: The Journal of Nursing Scholarship , 20, 226.



Consideramos contudo, importante reforçar no entendimento desta teoria, na sua forma original, que é composta por três temas principais: os **antecedentes de incerteza**; a **avaliação da incerteza** e o **lidar com a incerteza**. Sendo que de acordo com Mishel, na obra de Smith e Liehr (2008) as ideias subjacentes a cada um dos três temas principais são:

#### ➤ **Antecedentes de Incerteza**

**1) Quadro de estímulos** - Forma, composição e estrutura dos estímulos sujeitos à Pessoa que inclui:

- a) Padrão de sintomas - Grau dos sintomas suficiente para que estes sejam entendidos como tendo um padrão ou uma configuração;
- b) Familiaridade do evento - Grau em que a situação é frequente, repetitiva, ou que contém pistas identificáveis;
- c) Congruência do evento - Coerência entre os eventos associados à doença.

**2) Capacidade cognitiva** - Capacidade da Pessoa no processamento de informações.

**3) Estrutura de apoio** – Conjunto de recursos disponíveis na ajuda à Pessoa, para a interpretação do quadro de estímulos, que incluem a autoridade credível; o apoio social e a educação.

#### ➤ **Avaliação da Incerteza**

Processo de atribuição de um valor sobre o evento incerto ou situação, sendo que o resultado da avaliação é a valorização da incerteza como uma ameaça ou uma oportunidade. Este tema principal inclui:

**1) Inferência** - Avaliação da incerteza utilizando exemplos relacionados e é construído sobre disposições de personalidade, experiências, conhecimento e tratamentos contextuais;

**2) Ilusão** - Construção de crenças formadas de incerteza que têm uma perspectiva positiva.

## ➤ Lidar com Incerteza

Conceitos:

- 1) **Perigo** enquanto possibilidade de um resultado prejudicial;
- 2) **Oportunidade** como possibilidade de um resultado positivo;
- 3) **Coping**:
  - a) Numa avaliação de perigo direcionada para a minimização da incerteza e para a gestão da emoção;
  - b) Numa avaliação de oportunidade direcionada para a manutenção da incerteza.
- 4) **Adaptação** como comportamento biopsicossocial que ocorre na Pessoa individualmente, definindo o seu comportamento habitual.

Numa tentativa de concretizarmos estas ideias e conceitos num contexto poderemos defender que quando a Pessoa, por qualquer motivo, tem a **Capacidade Cognitiva** comprometida, a clareza e a definição do **quadro de estímulos** estão suscetíveis de serem minimizadas e em consequência, geram a incerteza. No entanto, mesmo quando a capacidade cognitiva é adequada, nas variáveis do quadro de estímulos pode ainda faltar um **padrão de sintomas**, a **familiaridade** e a **congruência**, devido à falta de informação, a informações complexas ou conflito de informações. As variáveis **Estruturas de Apoio**, nestes casos poderão ser determinantes para alterar as variáveis do quadro de estímulos, através da interpretação de quadros, fornecendo significado e explicação. Assim, o profissional de saúde pode através da comunicação reduzir a incerteza. Da mesma forma, a incerteza pode ser reduzida devido ao nível de educação da pessoa e dos conhecimentos que possui. As redes sociais de apoio também influenciam o quadro de estímulos, fornecendo informações de outros semelhantes, fornecendo exemplos e oferecendo informações de suporte.

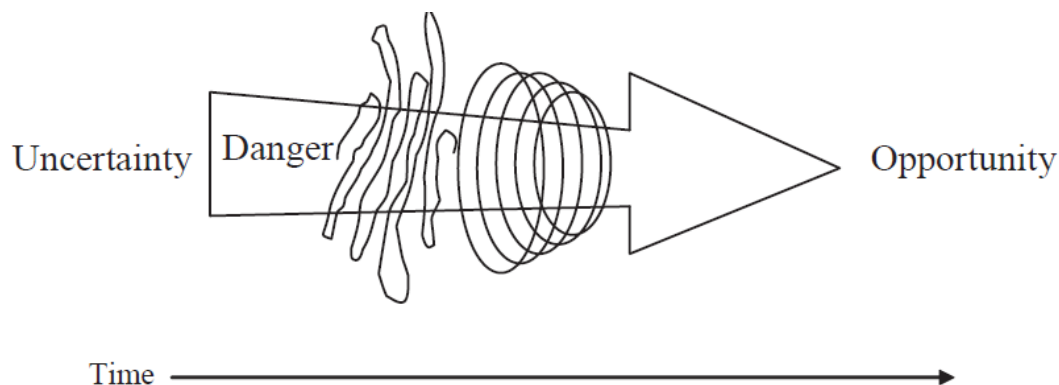
No entanto, em confronto com o quarto pressuposto, a autora descobriu que as Pessoas também poderiam avaliar a incerteza como oportunidade sem uma trajetória descendente, em especial na doença crónica e/ou situações de sobrevivência, em que nestes contextos, estas desenvolvem uma nova perspetiva de vida. Por consequente, Mishel, em 1990, na reconceptualização da sua teoria, utilizou a **Teoria do Caos** como ajuda na

explicação de como a incerteza prolongada pode funcionar como um catalisador para mudar a perspectiva que uma Pessoa tem da vida e da doença (Alligood e Tomey, 2004).

Neste modelo reconceptualizado, de acordo com os mesmos autores, não se alteram nem os antecedentes da incerteza, nem o processo de apreciação cognitiva da incerteza como perigo ou oportunidade. No entanto, reforçou-se a ideia de que ao longo do tempo, a incerteza em conjugação com uma doença grave funciona como fator promotor para uma flutuação do sistema, pondo em causa os modelos de vida cognitivos pré-existent e como consequência à desorganização criadas pela incerteza contínua, o sistema sofre mudança como forma de sobreviver.

Na reconceptualização da sua teoria Mishel, na referida obra de Smith e Liehr (2008), acrescentou dois conceitos: **Auto-organização** e **pensamento probabilístico**. Entendendo **Auto-organização** como a reformulação de um novo sentido de ordem, decorrente da integração da incerteza contínua numa autoestrutura, na qual a incerteza é aceite como o ritmo natural da vida; e o **pensamento probabilístico** como a crença num mundo condicional em que a expectativa de certeza e previsibilidade é abandonado. A autora, na reorganização da sua teoria, propôs a influência de quatro fatores sobre a formação de uma nova perspectiva de vida: **Estado fisiológico; Experiência prévia de vida; Recursos Sociais e Prestadores de Cuidados de Saúde**. Defendendo que no processo de reorganização, a Pessoa reavalia a incerteza por aproximações graduais, a partir de uma experiência adversa, para um momento de oportunidade, tornando-se assim, a incerteza base para um novo sentido de vida, tal como demonstra a Fig. 2.

FIGURA 2 – Modelo Reconceptualizado da Incerteza na doença crónica (Mishel,1990). Fonte: Smith e Liehr (2008)



Este Modelo reconceptualizado da Incerteza apresenta uma linha irregular dentro da seta que representa tanto o crescimento da incerteza, como a crescente instabilidade, enquanto que a linha circular da seta representa a reorganização resultantes de uma visão revista da incerteza. Por último, a seta por baixo, indica que este processo evolui ao longo do tempo.

Em suma: Nas suas ideias e conceitos Mishel, inclui estímulos e reações à incerteza como também, incorpora uma análise do ambiente que envolve a Pessoa como elemento essencial, sendo que os Cuidados de Enfermagem se apresentam sob forma de estrutura de apoio, em que o resultado esperado é a Saúde (Smith e Liehr, 2008). No mundo contemporâneo tornou-se consensual e imperativo uma sistematização do Cuidar em Enfermagem, a qual deverá ser percecionada pelos profissionais como o caminho imprescindível para o reconhecimento da profissão. Ao estudarmos as diferentes Teorias de Enfermagem, verificamos que quatro conceitos estão presentes: a ‘Pessoa’, o ‘Ambiente’, a ‘Saúde e o ‘Cuidado de Enfermagem’, os quais foram denominados de *meta paradigmas*. Estes conceitos foram formulados pela Ordem dos Enfermeiros na construção do enquadramento conceptual da profissão de Enfermagem em Portugal.

A Ordem dos Enfermeiros (2003, p.4) acrescenta que “*o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um Enfermeiro e uma Pessoa, ou entre um Enfermeiro e um grupo de Pessoas (família ou comunidades)*” sendo o Ser Humano indissociável do seu universo e reforçando que na prática de Enfermagem estão incorporados os princípios éticos de beneficência, autonomia, justiça e equidade. Tais como: privacidade, confidencialidade, confiabilidade e fidelidade. Sendo que estes enunciados são parte integrante do Código Deontológico do Enfermeiro.

Em específico, para um ‘Cuidar Seguro’ e de qualidade **à Pessoa em situação crítica**, de acordo com o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12): “*o Enfermeiro na procura permanente da excelência do exercício profissional, **previne complicações para a saúde dos clientes***”. Acrescentando-se sobre o tema, no artigo 9º, no nº4 da alínea e), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que os Enfermeiros devem em situação de emergência agir de acordo com as suas qualificações e **competências** tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.

## 1.2. CONCEITO DE COMPETÊNCIA

---

**P**retendemos com este relatório demonstrar a aquisição de competências deste Enfermeiro Estudante. Para tal, considerámos fundamental definir o conceito de competência. E numa abordagem ao conceito de competência Lopes (2010) advoga que este será indissociável de um apurado conhecimento do atual contexto social. Num mesmo pensamento, o autor adiciona dizendo que, este conceito facilmente se encontra no centro das atenções, fazendo parte do quadro de referência dos novos programas de estudos, constituindo desta forma uma preocupação da aproximação dos mundos escolar e profissional.

O mesmo autor faz referência, entre outros, à abordagem integradora de Spencer & Spencer (1993) sobre o conceito de competência. A imagem desta abordagem integradora é um *iceberg*, em que uma parte visível (*inputs*) corresponde às habilidades, ao conhecimento e à experiência do indivíduo. Conjunto no qual é possível intervir com maior facilidade e que se manifesta através de comportamentos e ações. Uma outra parte, apresenta-se submersa (*outputs*) onde se encontram as características da personalidade (valores, autoconceito, traços de personalidade, motivação, etc.) reconhecendo-se esta como a mais difícil de mudar. De acordo com esta perspetiva, a competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes pessoais que resultam num desempenho de elevada performance, em que estes desempenhos estão essencialmente alicerçados na inteligência e na personalidade das pessoas.

Como pudemos verificar é difícil definir competência, intitulada por alguns como um “Camaleão Conceptual”. Neste seu trabalho Lopes advoga que a lógica da competência advém da necessidade da capacidade de adaptação, mais do que da produção e citando Bellier (2000) conclui, escrevendo que a competência não se deixa fechar numa definição e que a preocupação com a competência aumenta à medida que o trabalho se torna mais exigente e menos prescritivo.

No caso concreto da formação profissional será inegável que a necessidade é premente e que países (e organizações) procuram, cada vez mais, o desenvolvimento das competências nos termos da profissionalização. Uma vez mais, Lopes (2010) concluiu, citando Boterf (1999) ao defender já não se tratar de questões de Engenharia da Formação, mas mais de Engenharia de Profissionalização.

Em ligação às novas formas de pensar os processos de ensino-aprendizagem e à necessidade de aproximação das escolas às profissões, a aprendizagem ao longo da vida é hoje entendida como um processo contínuo, que pressupõe autonomia e motivação para aprender a aprender, que a Comissão Europeia (2006 p.16)<sup>7</sup> definiu como sendo: *“a capacidade de iniciar e prosseguir uma aprendizagem, de organizar a sua própria aprendizagem, inclusive através de uma gestão eficaz do tempo e da informação, tanto individualmente como em grupo. Esta competência implica também que o indivíduo tenha consciência do seu próprio método de aprendizagem e das suas próprias necessidades, identificando as oportunidades disponíveis, e que tenha a capacidade de ultrapassar os obstáculos para uma aprendizagem bem-sucedida. (...) Aprender a aprender obriga os aprendentes a apoiarem-se nas experiências de vida e de aprendizagem anteriores a fim de aplicarem os novos conhecimentos e aptidões em contextos variados — em casa, no trabalho, na educação e na formação. A motivação e a confiança são elementos fundamentais para a aquisição desta competência. (...) Uma atitude aberta à resolução de problemas favorece não só a aprendizagem, mas também a capacidade do indivíduo para lidar com obstáculos e efetuar mudanças.”*

Em particular para a Enfermagem e sobre o Ser competente, Benner (2001) salvaguarda defendendo não se tratar de uma questão de escolha, entre o saber científico e o saber da prática, mas antes de se saber ou descobrir como ambos se relacionam. Acrescenta ainda, sustentando que não saber quem somos, poderá pôr em perigo quem queremos vir a ser.

Finalmente, e apresentados que estão os pressupostos da ação que compromete este Projeto de Intervenção, diriam Zangari e Bergara (2010) que é tempo de deixar para trás o tecnicismo e o mecanicismo em prol de um novo modelo de Cuidados que promova a reflexão, a crítica, a análise e a investigação. Que promova a competência do ser e do fazer. Hoje e após muitos séculos, talvez a Enfermagem possa coexistir como arte, que herdou de um passado e como ciência que foi e vai conquistando. Ser, hoje Enfermeiro e no contexto da formação relativa à Especialização em Enfermagem promove um estímulo de reflexão-na-ação, preparando-o com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Exigindo-se que demonstrem níveis elevados de julgamento

---

<sup>7</sup> COMISSÃO EUROPEIA (2006) - Recomendação do Parlamento Europeu e do Conselho sobre as competências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida, in: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:394:0010:0018:pt:PDF>

clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros 2011).

### 1.3. IDEIAS E CONCEPÇÕES NO TRANSPORTE DE PESSOAS DOENTES

---

A pesquisa de suporte sobre o tema que envolveu o Transporte de Pessoas Doentes aconteceu em vários momentos (desde 2007), concluindo-se durante o mês de Março 2011, através da utilização das bases de dados MEDLINE e PUBMED, em que utilizámos as seguintes palavras-chave: “*transport*”, “*intra-hospital*”, and “*critically ill patient*”. Sendo que as bibliografias de referência obedeceram ao espaço temporal compreendido entre 2000 - 2011 e obedeceram ao uso da língua Portuguesa e Inglesa. Consideravelmente, ainda sobre a pesquisa e (eventualmente) como sustentáculo às recomendações internacionais e nacionais, foi importante, para este estudo, verificarmos a existência de diversos estudos internacionais que indicavam o risco como evidente nos processos de transporte de Pessoas Doentes. Entre outros, destacamos Gilles *et al.* (2010), por ter feito uma revisão sistemática sobre o Transporte Intra-Hospitalar de Pessoas em Situação Crítica, em que identificaram os principais eventos adversos em artigos seleccionados e compreendidos entre 1998 e 2009.

#### 1.3.1. A Saúde e a Doença Respiratória em Portugal

---

Desde há muito que o Homem disputa uma guerra sem tréguas contra a morte antecipada. Hoje intensificam-se os desafios relativamente à saúde das populações, quer o *World Health Organization* (2004) (2009), assim como a Comissão das Comunidades Europeias (CCE) (2007) alertam para problemas relacionados com o envelhecimento da população e consequente alteração dos padrões das doenças.

Portugal não é exceção relativamente a estes desafios supramencionados, em relação ao envelhecimento da população já em 2000/2001, a esperança média de vida da população portuguesa era, para ambos os sexos, de 76,9 anos. O sexo masculino



apresentava uma esperança de vida de 73,5 anos e o sexo feminino registava uma esperança de vida de 80,3 anos.<sup>8</sup> Enquanto aguardamos pela publicação dos Resultados Definitivos dos Censos 2011<sup>9</sup>, os resultados provisórios<sup>10</sup>, apresentados a 21 de Março de 2011, indicam que a população residente em Portugal cresceu cerca de 2%, fixando-se em 10 561 614. O mesmo documento também faz referência ao agravamento, na última década, do fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem.

Os números, até então apresentados, indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129 (em 2001 este índice era de 102) o que significa que por cada por cada 100 jovens há hoje 129 idosos.

Com o aumento progressivo da longevidade, nos países desenvolvidos, tal como em Portugal, de acordo com o relatório, de 2011, do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) a principal causa de morte são as doenças não transmissíveis e, entre elas as doenças respiratórias ocupam o 2º lugar. Acrescenta-se que muitas destas doenças são crónicas e resultam na perda de qualidade de vida, em numerosos internamentos e consequentes elevados custos económicos e financeiros.<sup>11</sup> A Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), já em 2003, alertava solicitando para que não se considerasse apenas a mortalidade e não se esquecesse o peso da morbilidade das doenças crónicas e incapacitantes de causa respiratória.

O ONDR (2011) em relação à incidência e prevalência das doenças respiratórias defende que, em Portugal (como no resto do mundo) a tendência é crescente, existindo também indicadores que apontam para um aumento da prevalência das doenças respiratórias mais frequentes, como a DPOC e a Asma.

Em suma, a doença respiratória pela importância que conquistou, obriga os Sistemas Nacionais de Saúde a abastar-se de um verdadeiro arsenal nas áreas da prevenção, do diagnóstico, tratamento e readaptação. Exigem os tempos e as dificuldades financeiras, uma distribuição e rentabilização dos recursos. Por consequente, perante a

---

<sup>8</sup> PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004 -2010: Mais Saúde para Todos.

<sup>9</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Censos 2011 - Resultados Provisórios

<sup>10</sup> Idem

necessidade da procura do diagnóstico e tratamento existe uma forte possibilidade para o Transporte de Pessoas Doentes.

A duração destes transportes pode ser prolongada, sendo este um período de possíveis complicações, como comprovam vários estudos internacionais. A evidência mostrou que a preocupação com o tema tem vindo a aumentar nos últimos quinze anos, existindo desde então Recomendações Internacionais para o Transporte da Pessoa em situação crítica e que a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, em 1997 e posteriormente em 2008 adotou para Portugal, como Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos. Estas serão apresentadas posteriormente, no entanto, no imediato apresentaremos uma breve resenha histórica sobre o atendimento à Pessoa Doente em situação crítica, que pretenderá essencialmente entender a origem e o fundamento desta temática.

### **1.3.2. Breve resenha histórica – Atendimento à Pessoa em situação crítica**

---

**E**m mais de 200 anos, desde guerras napoleônicas até aos últimos conflitos internacionais no Iraque e no Afeganistão, a Medicina Militar no campo de batalha tem sido catalisador para o desenvolvimento dos cuidados de saúde civil (Gilles et al, 2010). No sentido de entender os princípios e os fundamentos que suportam as Recomendações Internacionais (e Nacionais) do Transporte da Pessoa em situação crítica, fizemos uma visita ao passado, aquando das primeiras tentativas de organização de atendimento à Pessoa em situação crítica.

Em 1792, Dominique Larrey, Cirurgião Militar prestava os cuidados iniciais às vítimas das Guerras Napoleônicas no próprio campo de batalha. O socorro na época era prestado por cirurgiões militares em hospitais de campanha e as Pessoas Doentes eram transportadas em carruagens puxadas por cavalos (INEM, 2007).

Somente na segunda metade do século XIX surgiram os primeiros Sistemas de Emergência Cívica influenciados pelos conhecimentos adquiridos na área militar. Os profissionais envolvidos eram basicamente Enfermeiros e membros de ordens religiosas. O processo de abordagem destas Pessoas Doentes baseava-se no transporte rápido para junto do Médico (Silva e Aparício 2007).

Foi o século XX que trouxe os grandes desenvolvimentos na área do atendimento à Pessoa em situação crítica. No período da II Guerra Mundial morreram, diariamente, milhares de Pessoas, vítimas dos bombardeamentos, insurgindo a necessidade de mover esforços no sentido de proteger a população. Assim, foi estabelecida pela primeira vez uma interligação entre as várias áreas da Emergência em que a comunicação se tornou num elemento essencial para a coordenação, assim como a interligação entre atendimento pré-hospitalar e hospitalar (Fernandes e Lopes, 1999).

As primeiras equipas móveis de reanimação foram criadas em 1955 em França, tendo como missão inicial atender às vítimas de acidentes de viação e a manutenção da vida das Pessoas Doentes submetidas a transferências inter-hospitalares. A história do SAMU (*Système Ambulatoire de Médecin Urgent*), em França, iniciou-se nos anos 60 quando os Médicos detetam a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar os feridos nos hospitais e os meios arcaicos de atendimento pré-hospitalar até então existentes. Assim, foi constatada a necessidade de um treino adequado das equipas de socorro e a importância da participação médica no local.

No atendimento à Pessoa em situação crítica foram criadas e estão hoje presentes duas filosofias: a anglo-saxónica e a francófona. A primeira assenta no princípio *scoop and run* e a segunda no *load and go* (INEM, 2007). Os sistemas de influência anglo-saxónica têm como conceito primordial o transporte rápido ao hospital, após uma breve estabilização: os profissionais são paramédicos com formação específica. Este sistema exige hospitais de rápido acesso, assim como boas vias de comunicação.

A filosofia francófona de atendimento à Pessoa em situação crítica foi adotada por vários países europeus entre os quais Portugal. O método de funcionamento baseia-se no sistema SAMU, o qual se caracteriza, fundamentalmente, por assegurar cuidados de estabilização mais profundos e só depois efetuar o transporte para o hospital, caso seja necessário (INEM, 2007).

Em resumo, algumas destas ideias e concepções foram evoluindo no tempo dando origem a diferentes formas na abordagem à Pessoa em situação crítica. Sendo que serão hoje, provavelmente uma das fontes que suportam os princípios do Transporte da Pessoa em situação crítica (Gilles et al, 2010).

### 1.3.3. Transporte da Pessoa em Situação Crítica

---

O Transporte da Pessoa em situação crítica é entendido como uma medida de recurso e estritamente necessária à condição clínica da Pessoa Doente que deverá obedecer ao princípio de que os benefícios se sobrepõem aos riscos. E ainda assim, se necessário, o transporte só deverá acontecer preferencialmente após a estabilização clínica da Pessoa a transportar (Intensive Care Society, 2011).

O transporte de Pessoas Doentes pode ser designado de várias formas: Primário, ou Pré-Hospitalar que acontece desde a ocorrência da situação que motiva o transporte até ao hospital; Secundário ou Inter-Hospitalar, ou seja, entre instituições diferentes em que este se torna necessário quando a Pessoa Doente necessita de cuidados que não existem no hospital onde se encontra. Ou poderá ser designado de Terciário ou Intra-Hospitalar, em a Pessoa Doente se ausenta do serviço para realizar exames de diagnóstico e/ou para intervenções terapêuticas (SPCI, 2008). Sendo do conhecimento suportado por vários estudos internacionais que estes transportes apresentam dificuldades e efeitos adversos, acarretando riscos à Pessoa Doente. Gilles, *et al* (2010) fizeram uma revisão sistemática sobre o Transporte Intra-hospitalar de Pessoas em Situação Crítica em que as bibliografias de referência dos artigos selecionados estavam no período compreendido entre 1998 e 2009.

Os autores destacam que o número de publicações internacionais na literatura sobre a análise e superação de riscos durante o transporte Intra-Hospitalar em Pessoas em situação crítica tem sido uma constante e tem vindo a aumentar. Apresentam como forma de uma figura<sup>12</sup> os principais eventos adversos identificados, sendo que estes incluem: os eventos cardiocirculatórios (hipotensão e/ou hipertensão graves; arritmias; paragem cardíaca e morte), eventos respiratórios (hipóxia grave; Broncospasmo; pneumotorác; extubação; entubação eletiva; desadaptação da Pessoa Doente / ventilador), eventos neurológicos (agitação; hipertensão intracraniana); evento por hipotermia, por distúrbios do equipamento (elétrico e oxigénio) e eventos por erros humanos. As conclusões vão ao encontro das Recomendações Internacionais e aconselham o bom senso clínico, devendo haver por parte da equipa, a preocupação em ponderar quais os ganhos para a Pessoa

---

<sup>12</sup> ANEXO 1 – Ilustração dos Principais Eventos Adversos Graves no Transporte Intra – Hospitalar, GILLES, *et al* (2010)

Doente em termos de diagnóstico e/ou intervenções terapêuticas no resultado final, indicando portanto uma análise do risco-benefício como critério essencial para decidir sobre o Transporte Intra-Hospitalar. Acrescentam, relevando que o transporte de uma Pessoa em situação crítica acompanhado por uma equipa inexperiente é uma combinação arriscada e que a preparação e a gestão são passos cruciais. Sendo que, determinam que após a estabilização das Pessoas em situação crítica (antes do transporte) fatores técnicos, organizacionais e humanos devem ser os primeiros alvos para a prevenção primária. Ainda em complemento apresentam uma imagem<sup>13</sup> das várias circunstâncias que conduz a um efeito adverso menor e consequente efeito adverso grave, durante o processo que inclui o Transporte Intra-Hospitalar. São também apresentadas algumas linhas (tracejadas a verde), que devem ser entendidas como situações a verificar regularmente e de ação corretiva orientado por um *check-list* antes, durante e depois do transporte.

Contudo, em caso de necessidade e procurando evitar os efeitos negativos associados ao transporte da Pessoa em situação crítica, são várias entidades de saúde internacionais que desenvolveram um conjunto de medidas orientadoras de um transporte seguro. Em 1992, a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos publica pela primeira vez as Normas de Boa Prática para o Transporte Secundário de Pessoas Doentes.

Em Portugal, a importância sobre o assunto, no quadro dos cuidados de saúde à Pessoa em situação crítica, levou a que a Sociedade de Cuidados Intensivos (SPCI), em 1997, desenvolvesse o Guia de Transporte de Doentes Críticos. Um pouco mais tarde (2001), a ARS Norte divulga as Normas de Transporte Secundário de Doentes secundarizado pelo Grupo de Trabalho de Urgências que aprova e o divulga num seu documento posterior (2006). Mais recentemente, a SPCI conjuntamente com a Ordem dos Médicos revê o Guia de Transportes, publicando em 2008.

Em concreto estas recomendações são uma aplicação direta das internacionais, sendo que nas sugestões do documento supracitado evidenciam-se três princípios essenciais para a realização do transporte, sendo estes:

- Os benefícios deverão ser superiores aos riscos;
- O perigo associado à transferência deve ser minimizado pela utilização de pessoal treinado;

---

<sup>13</sup> ANEXO 2 – Ilustração das várias circunstâncias que conduzem a Efeitos Adversos no Transporte Intra – Hospitalar, GILLES, *et al* (2010)

- O material de monitorização a utilizar deve ser adequado e funcional.

De acordo com a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos (2008, p.9) o transporte do doente crítico envolve as seguintes fases: **Decisão, Planeamento e Efetivação**. Ainda de acordo com a mesma fonte, a **decisão** de quando fazer o transporte depende de vários fatores, nomeadamente:

- Do estado da Pessoa;
- Da distância (em tempo) até ao local recetor;
- Da experiência e do número de elementos disponíveis para a transferência;
- Do equipamento disponível.

O mesmo documento acrescenta que a **decisão** de transportar uma Pessoa em situação crítica é um ato médico que deve ser baseado na avaliação e ponderação dos benefícios e riscos potenciais inerentes ao transporte. Sobre este assunto, interessa-nos sublinhar que apesar da decisão do transporte do doente, como já vimos, e de acordo com o documento ser um ato de responsabilidade médica, o Enfermeiro no seu Código Deontológico entre outros motivos deve “ (...) *coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respetivo tratamento (...)*”. Assim sendo, consideramos a coresponsabilidade do Enfermeiro nesta decisão.

O **planeamento** do transporte é feito pela equipa Médica e de Enfermagem, que deverá ter em atenção, para além da estabilização da Pessoa Doente, a comunicação prévia com o serviço/unidade, a escolha da equipa, meios adequados de ventilação, monitorização e terapêutica e ainda prever possíveis complicações.

A Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos (2008, p.9) definiu como Pessoa em situação crítica “*aquele em que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica*”. A Ordem dos Enfermeiros (2010)<sup>14</sup> escreve como sendo a Pessoa “*...cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e*

<sup>14</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) in : Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Conforme legislado em *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

*terapêutica*”. Ressaltando destes conceitos a importância das boas práticas neste tipo de transporte, sobretudo no que tange ao processo de decisão e planeamento.

No que concerne à **efetivação** do transporte, é defendido pela SPCI que esta é da responsabilidade da equipa selecionada, Médico e Enfermeiro (ambos deverão preferencialmente ter experiência em transportes de Pessoa em situação crítica e Suporte Avançado de Vida) com o apoio de um terceiro elemento menos diferenciado (Tripulante de Ambulância ou Assistente Operacional). Recomenda, ainda, que o transporte deve ser efetuado com a maior segurança com o objetivo de minimizar riscos e que as instituições deverão ser responsáveis pela gestão e organização dos meios necessários, para que o transporte se efetue dentro das normas da boa prática.

As recomendações nacionais acrescentam que durante o transporte é necessária e quase sempre imprescindível a utilização de equipamento portátil. Fazendo no seu documento referência a incidentes com falhas no equipamento, falha no aporte de oxigénio, entre outros. É assumido que estes incidentes podem ser minimizados com a previsão e a antecipação de possíveis complicações, mediante uma avaliação prévia e de um planeamento cuidadoso do transporte, recursos humanos adequados e qualificados e ainda seleção adequada do equipamento. Podendo nesta fase ser importante a elaboração de uma *check list*, que inclua:

- Escolha e contacto com o serviço recetor, avaliando a distância a percorrer e o respetivo tempo de demora;
- Seleção dos meios adequados de monitorização;
- Previsão individualizada das complicações possíveis;
- Seleção orientada de meios de terapêuticas gerais e específicos;
- Escolha da equipa de transporte (de acordo com as possibilidades da unidade referente e as características do doente a transportar);
- Escolha do equipamento a utilizar.

Em Portugal existem dois instrumentos nos quais constam o material necessário para o Transporte da Pessoa em situação crítica:

- Republicação do Regulamento do Transporte de Doentes, aprovado pela Portaria n.º 1147/2001, de 28 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias nos 1301 -A/2002, de 28 de setembro, 402/2007, de 10 de abril, e 142 -A/2012, de 15 de maio.

**TRABALHO PROJETO - A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas**

**NUNO OLIVEIRA 2013**

- Recomendações da SPCI.

Destes o primeiro documento encontra-se essencialmente direcionado para o Transporte Inter-hospitalar, enquanto o segundo pretende abranger também os Transportes Intra-hospitalares. Em ambos estão recomendados o tipo de recursos humanos e os materiais de apoio ao transporte de Pessoas doentes. Em particular relativamente aos recursos humanos, será importante reforçar, de acordo com as recomendações nacionais e internacionais, que a equipa que procede ao transporte deverá manter o nível elevado de cuidados e de segurança até à chegada ao destino. E que a manutenção de um ambiente seguro passa pela qualificação da equipa de transporte que deverá estar intimamente ligada à formação e experiência em contexto de emergência. Faia e Silva (2008) num estudo nacional sobre as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros dos Serviços de Urgência Periféricos no Transporte de Pessoas em Situação Crítica para o Serviço Urgência Hospitalar, concluíram que a insuficiente formação e a deficiente comunicação entre a origem e destino são as principais dificuldades identificadas nesta área e neste estudo.

Em suma: A evidência reconhece que o conhecimento é a base para um atuar seguro, rápido, competente, não só na avaliação e na vigilância da Pessoa em situação crítica, como também na prevenção de eventuais riscos. E a somar a todas as ideias e concepções acima mencionadas defendem as recomendações internacionais uma forte incidência na organização das instituições, nos recursos e no desenvolvimento dos profissionais envolvidos, sem esquecer a necessidade de registos que permitam não só documentar a ação, mas que permitam (também) estudar e monitorizar as situações. Em sintonia, Machado (2010) identificou que relativamente à organização institucional (que estudou) se denotou disfuncionalidades na organização geral, logística, nos recursos humanos e recursos técnico/materiais. O autor acrescenta, ainda, nas suas conclusões, que a nível nacional para a área do transporte da Pessoa em situação crítica, não existe nenhum normativo legal específico, nem nenhuma entidade que assuma e se responsabilize por todo o processo, cabendo às instituições se organizarem e seguirem as recomendações de boa prática.



### 1.3.4. Considerações Éticas e Deontológicas no Transporte da Pessoa em Situação Crítica

---

Começaríamos este subcapítulo fazendo referência à importância da interação entre os vários profissionais que é fundamental para o sucesso do trabalho realizado, que incluirá certamente a Segurança das Pessoas Doentes. Tal como referido por Vieira (2001, p. 48), no I Congresso da Ordem dos Enfermeiros: *“Já não se trabalha sozinho mas em equipa. E não em equipas de Médicos, mas sim equipas multiprofissionais e multidisciplinares...”*

Contudo, apresentados que estão os conceitos sobre o tema em estudo, não poderíamos deixar de substanciar o assunto que diz respeito à decisão de transportar. Este exigiu-nos algum pensamento e reflexão, pois numa leitura simplista do documento que serve de orientação nacional ao transporte de Pessoas em Situação Crítica, quando abordada esta questão da tomada de decisão poderá sentir-se que é esquecido o Direito da Saúde Nacional, bem como a Deontologia das diferentes profissões (e em particular a de Enfermagem). Assim, apresentamos uma análise reflexiva, tendo por base a **Ética** e o **Código Deontológico do Enfermeiro**.

Quando questionados sobre alguns dos conceitos que acompanham a **Ética**, partimos do significado da palavra **Ética**, que etimologicamente deriva de duas palavras gregas muito semelhantes no seu sentido e pronúncia. *Éthos* significa **hábito** ou **costume**, entendidos superficialmente como maneira exterior de comportamento e *êthos* tem um significado mais amplo, o de **lugar** ou **pátria** onde habitualmente se vive, determinando a **maneira de ser** ou até **forma de pensar** da Pessoa.<sup>15</sup> Assim, podemos entender que o “ser ético” poderá traduzir-se **por modo** ou **forma de vida**, no sentido mais profundo da palavra, compreendendo as disposições do homem na vida, o seu carácter, costumes e moral.

O foco de atenção da **Ética** é o agir do Ser Humano, enquanto Ser possuidor de razão. Assim sendo, os atos são livres e enquanto tais, “corretos” ou “incorretos”, “justos” ou “injustos” ou ainda de um modo mais simples, “bons” ou “maus”. Podemos sustentar dizendo que, de acordo com Thompson et al (2004), a **Ética** trata do empenhamento em valores positivos para assegurar o bem-estar e o desenvolvimento das Pessoas e da

---

<sup>15</sup>Lexicon Vocabulário de Filosofia in: <http://ocanto.esenviseu.net/lexicon/etica.htm>

Sociedade, dizendo respeito ao estudo e à prática daquilo que é bom e correto para os Seres Humanos. Sendo também e de acordo com o mesmo autor, uma atividade coletiva de aplicação de princípios racionais e de normas universais da vida social.

Num regresso ao tema em estudo, e quando se exige decidir, importa sublinhar que em determinadas situações estamos em situação de crise e no contexto da decisão difícil. Considerámos, no entanto, interessante relacionar (uma vez mais) o significado da palavra como forma de facilitar os processos de pensamento para a decisão, e a palavra **Crise** significa em Grego **momento de decisão** (Thompson et al 2004).

Adiciona, o mesmo autor, que a situação de crise moral surge em determinadas situações específicas:

1. Quando entramos em território que desconhecemos;
2. Se nos vimos perante uma responsabilidade maior que o habitual;
3. Quando a crise diz respeito à natureza das próprias decisões;
4. Quando estamos perante um dilema moral;
5. Quando somos obrigados a reexaminar e a justificar o nosso posicionamento moral.

Em consequência, quando confrontados com alguma destas situações estaremos provavelmente perante dilema moral (ou um problema moral), em que o mesmo autor, defende que o decisor deverá agir com **coragem**, **prudência** e **profissionalismo**, utilizando um elevado sentido crítico.

No contexto da Enfermagem e para o Enfermeiro, o continuum que atravessa a tomada de decisão ao ato assenta em fundamentos Éticos, Deontológicos e Jurídicos (Deodato, 2008). Pensámos neste exercício analítico dar lugar à excelência e a importância da Deontologia em Enfermagem e gostaríamos, primeiramente, de sublinhar que o exercício da Profissão de Enfermagem que se desenvolve essencialmente no âmbito da proteção da saúde dos cidadãos.

O nosso primeiro passo começa por relevar que o exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal se encontra regulado no plano jurídico em duas leis principais: o **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 Setembro, alterado pelo Decreto de Lei nº104/98 de 21 Abril, e o **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE)**, aprovado pelo Decreto de Lei nº 104/98

de 21 Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Desta forma, poderemos afirmar que todos os membros efetivos da Ordem dos Enfermeiros têm como direito, exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do Regulamento do Exercício da Enfermagem, como decreta o Artigo 75.º, nº 1 da alínea a) (EOE).

Poderíamos substantiar tais ideias dizendo que a Responsabilidade Profissional do Enfermeiro constitui uma dimensão essencial do exercício da Profissão de Enfermagem consolidando-se como um princípio orientador da atividade dos Enfermeiros (Deodato 2008). Acrescentarmos, que se fosse pretendido calcular “o valor da responsabilidade profissional” do Enfermeiro, este seria provavelmente igual à soma da tomada de decisão, com respetivo ato e seus resultados.

No seguimento do nosso pensamento, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) no Artigo 7º acrescenta que o título de Enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de Cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção. Acrescenta, no entanto no artigo 76º no nº1, na alínea a) que os membros efetivos estão obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem. Já o nº 2 do Artigo 78º do mesmo documento adiciona, determinando como valores universais: a Igualdade; a Liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a Verdade e a Justiça; o Altruísmo e a Solidariedade; assim como a competência e o aperfeiçoamento profissional. O que provavelmente não poderia estar mais de acordo com os Princípios Éticos Internacionais em Cuidados de Saúde – O respeito pela autonomia, Justiça, Beneficência e Não-Maleficência.

Harmoniosa será também a relação entre o que foi mencionado anteriormente e ao que se refere a Constituição da República<sup>16</sup>, quando consagra o direito à vida no Artigo 24.º assim como o direito à proteção da saúde no Artigo 64.º. Acrescenta e concretiza dizendo, no nº 1 do mesmo artigo, que todos têm e o dever de a defender e promover. De igual forma e em consenso, a Lei de Bases da Saúde<sup>17</sup> determina na Lei de Base I, no nº1,

---

<sup>16</sup> CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA in: <http://moodle.ips.pt/ess/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=14434>

<sup>17</sup> LEI DE BASES DA SAÚDE in: <http://moodle.ips.pt/ess/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=11860>

que a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei.

Num regresso à Deontologia de Enfermagem ao mesmo tempo que o artigo 78º, no nº3, alínea c), decreta com um dos princípios orientadores da atividade dos Enfermeiros *“a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”*. E que o artigo 76º, referindo-se aos deveres gerais dos membros efetivos na alínea c) *“o cumprimento das convenções e recomendações internacionais que lhes sejam aplicáveis e que tenham sido, respetivamente, ratificadas ou adotadas pelos órgãos de soberania competentes”*. E que de acordo com o Artigo 83º, no que se refere ao respeito do direito ao cuidado de saúde ou doença o Enfermeiro assume na alínea a) *“o dever de coresponsabilizar-se pelo atendimento do individuo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”*.

Concretizamos dizendo que, de acordo com a alínea b) do Artigo 79.º, do mesmo documento, o Enfermeiro deve responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. No concreto, em relação às suas intervenções, o nº 9 do (REPE), na alínea c) afirma que os Enfermeiros utilizam técnicas próprias da profissão de Enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade e na alínea e), acrescenta que procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.

Em jeito de conclusão: Podemos afirmar que todos os dias tomamos decisões, no sentido de um agir que corresponda às necessidades das Pessoas, por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela podemos renunciar (NUNES 2006). Em complemento, nas decisões que tomamos e no que fazemos enquanto Enfermeiros, de acordo com esta mesma autora, confrontamo-nos com a responsabilidade do compromisso profissional, com o poder das nossas competências e com a justiça do pacto que temos com a excelência do Cuidado pela VIDA e pela SEGURANÇA das Pessoas.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

---

**O** Capítulo que se segue faz a apresentação do Projeto de Intervenção em Serviço intitulado de: **A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas**. Ao seguir a forma de Projeto de uma problemática clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica, e tendo por base o pensamento de Guerra (2004), desejámos ir ao encontro de um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, para assim conceder-nos à previsão de uma mudança.

Como nota introdutória gostaríamos de salientar que este Projeto de Intervenção no Serviço pretendia, como objetivo académico, a realizar as fases de diagnóstico de situação e planeamento. No entanto ressalva-se que este mesmo projeto pretendeu fazer construir um fio condutor e fazer relacionar os objetivos académicos do I CPLEE MC com o Projeto Profissional do estudante<sup>18</sup>. O estudante enquanto Enfermeiro desta Instituição Hospitalar assume funções como formador (e coautor) do Projeto Institucional de Formação em Suporte Básico de Vida. No contexto do Serviço de Pneumologia tem a responsabilidade pela área da Emergência, estando envolvido num trabalho conjunto pela melhoria contínua dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Este trabalho pretende, assim, dar consistência a um continuum de ação que ambiciona a qualidade e a segurança das Pessoas Doentes internadas neste Serviço de Pneumologia e acrescentar-se que em todo este processo é dado uma ênfase especial aos sinais de alerta no reconhecimento de uma situação crítica, no sentido da prevenção ou do diagnóstico precoce de complicações (European Resuscitation Council, 2010).

### 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

---

**O** Diagnóstico de Situação é a primeira etapa da metodologia de projeto

---

<sup>18</sup> APENDICE 2 - CMAP TOOLS – Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica  
**TRABALHO PROJETO - A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas**

e visa a construção de um mapa cognitivo sobre uma situação-problema identificada ou por outras palavras a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Ruivo et. Al., 2010).

A Área de intervenção deste projeto foi a **Segurança no Transporte Intra-Hospitalar**, sendo que nos parece importante mencionar que a situação-problema que deu movimento a este projeto, nasceu duma perceção profissional de risco para as Pessoas Doentes internadas, durante o processo que envolve os transportes para o exterior do Serviço, aquando da realização de técnicas pneumológicas.

Numa primeira pesquisa sobre a situação-problema, havíamos verificado a existência de evidência científica sobre o risco de eventos adversos nestas situações, assim como pudemos também constatar que existiam recomendações internacionais e nacionais para o Transporte de Pessoas Doentes. Estávamos no início de uma longa caminhada e identificada que estava uma problemática clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica surgiram várias questões:

- ✓ Existirão situações de risco para as Pessoas Doentes durante o processo de transporte para a realização de técnicas pneumológicas (no exterior do serviço de pneumologia), ficando estas desprotegidas de recursos humanos e materiais, relativamente à sua condição clínica?
- ✓ Quais os principais problemas ou obstáculos no Processo de Transporte de Pessoas Doentes para a realização de Técnicas Pneumológicas?
- ✓ Serão conhecidas as Recomendações Nacionais e Internacionais para o transporte de Pessoas Doentes?

Considerando tais questões seguiram-se entrevistas indispensáveis com a Sra. Enfermeira Chefe e Tutores, procurando a melhor forma de descobrir respostas. Em acordo, ficou decidido como primeiro recurso, utilizarem-se os dados de um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, que havia sido elaborado neste mesmo contexto académico, no âmbito da Unidade Curricular Investigação, em que se havia recorrido ao uso de entrevistas semiestruturadas aplicada a uma amostra de 35 Enfermeiros de sete serviços deste mesmo hospital. Esta análise de conteúdo foi realizada segundo Bardin (1977). O tema deste estudo abordou o Transporte de Pessoas Doentes e deste

destacamos como ponto conclusivo o fato de 93,4 % dos participantes terem manifestado desconhecimento das Normas de Orientação Clínica sobre o tema, que por si só poderá ser potenciador do risco e das suas consequências.

Estrategicamente e como segundo recurso, considerámos importante utilizar e trabalhar os dados do estudo supramencionado que diziam respeito às 7 entrevistas que pertenciam aos Enfermeiros do Serviço de Pneumologia do referido hospital (das 35 entrevistas), conforme é apresentado no Gráfico 1.

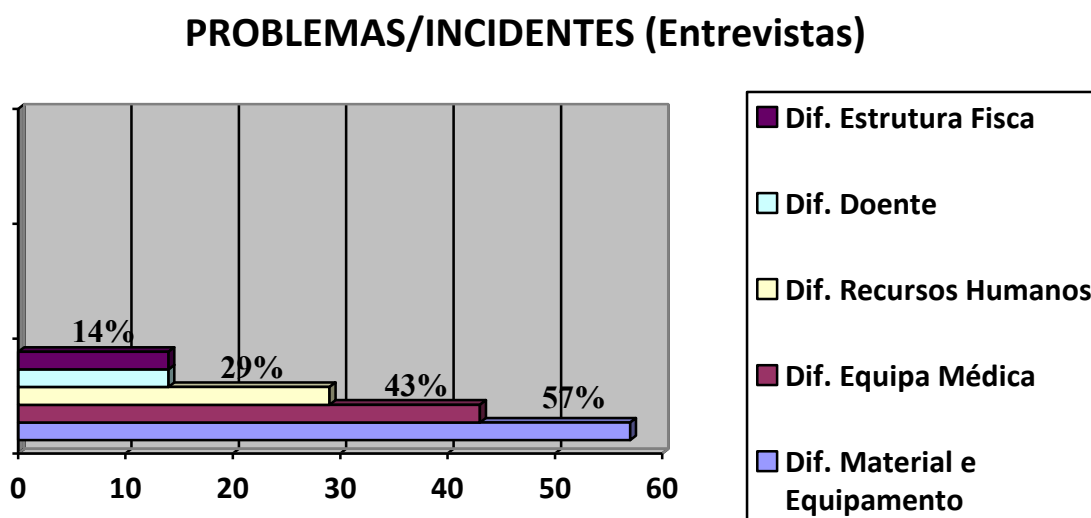


Gráfico 1- Problemas e/ou incidentes durante o Processo de Transporte

Destes dados destacamos uma vez mais o desconhecimento geral das recomendações nacionais e internacionais para o transporte de Pessoas Doentes. Foi também interessante constatar quais os principais obstáculos e/ou problemas nos processos de transporte. Os números traduziram que 57%, dos (sete) entrevistados, apontavam as dificuldades relacionadas com o material e equipamento (sublinhando aspetos como: o monitor, aparelho de VNI e mala de transporte); 43% apresentaram dificuldades relacionadas com a equipa médica (essencialmente pela ausência); 29% expressaram dificuldades relacionadas com recursos humanos (rácio Enfermeiro/Pessoa Doente); 14% relataram dificuldades relacionadas com a condição da Pessoa Doente e finalmente 14% apresentaram dificuldades/obstáculos vividos durante o transporte, situações essencialmente relacionadas com a estrutura física e com a avaria do elevador.

Por último e em terceiro, decidimos no contexto do Estágio, realizar um estudo assente na observação, procurando satisfazer verdadeiramente as questões supramencionadas e fundamentando no terreno, este diagnóstico de situação. Foi desta forma que nos surgiu um estudo no seio de um projeto que passamos de seguida a apresentar.

### **2.1.1. Estudo - Desenho de Investigação**

---

**E**ntendemos Desenho de Investigação como informação válida que dá ao fenómeno em estudo uma imagem clara, permitindo tirar conclusões legítimas (Fortin, 2009). Este trabalho assentou num Estudo Exploratório Descritivo e a sua intenção foi identificar pontos críticos em todo o processo de acompanhamento das Pessoas Doentes na realização de técnicas pneumológicas. Desta forma, a sua estrutura esteve ajustada numa observação que incluiu os momentos prévios e posteriores à realização destes exames, com especial atenção a problemas ou obstáculos que pudessem interferir com a segurança.

### **2.1.2. O meio / Contexto**

---

**O** local do estudo não foi identificado e foram apenas apresentadas algumas características genéricas do serviço, por motivos da salvaguarda e como forma de preservar o direito ao anonimato e à confidencialidade. No entanto a uma fotografia, pouco esclarecedora, associamos algum movimento num descritivo representativo de um dia neste serviço<sup>19</sup>. No seguimento da ideia de Frederico M. e Leitão M.<sup>a</sup> Anjos (1999), em que nascemos numa Organização, crescemos em Organizações e até morrermos fazemos parte de Organizações, considerámos importante dizer que o estudante é profissional nesta instituição, e que esta concluiu, em 2010, a acreditação hospitalar do seu Sistema de Gestão da Qualidade em associação ao *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS).

---

<sup>19</sup> APENDICE 11 - Serviço de Pneumologia: “Curta - Metragem”



Numa imagem generalista o local onde realizámos o estudo é um Serviço de Pneumologia que está integrado num Departamento Médico e tem como missão: A assistência pneumológica diferenciada e humanizada às Pessoas Doentes com patologia respiratória. O internamento tem como lotação total, dezoito camas e está dividido em duas partes funcionais: Uma zona de enfermaria, que se inicia à entrada do serviço, onde existem sete quartos, seis dos quais com duas camas e um quarto individual. A outra zona funcional encontra-se no ponto oposto da entrada do serviço e é referente ao isolamento respiratório (com 3 quartos individuais).

Como serviços de apoio existem, o Bloco Operatório; Bloco de Exames; Farmácia; Serviço de Esterilização; Serviço de Reposição de Material. Sendo que de acordo com as necessidades poderão ser requisitados outros serviços, como por exemplo: a Unidade da Dor; Fisioterapia, Assistente social Dietista, entre outros.

No que diz respeito aos recursos humanos salientamos que a equipa multidisciplinar do serviço é constituída por: 8 Médicos; 17 Enfermeiros: 1 Chefe, 6 Graduados, 10 Enfermeiros; 10 Assistentes Operacionais; 1 Secretária de Unidade.

O método de trabalho de Enfermagem estabelecido é o de “Enfermeiro Responsável”.

A população alvo do serviço é, maioritariamente masculina, com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos de idade. Os diagnósticos médicos mais frequentes são: Insuficiência Respiratória, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Pneumotorax, Tuberculose Pulmonar, Cancro do Pulmão, Síndrome de Apneia do Sono (SAOS), Pneumonia e Derrame Pleural; sendo que grande parte da patologia respiratória inscreve-se nas doenças crónicas e de carácter incurável. Considerando estas características das Pessoas Doentes são muitas as situações que exigem a realização de técnicas pneumológicas para esclarecimento dos diagnósticos.

A população alvo do estudo foram as Pessoas Doentes internadas neste Serviço de Pneumologia, sendo que a amostra em estudo foi não probabilística accidental. Esta amostra teve como critérios de inclusão para a participação no estudo:

- Estar internado neste Serviço de Pneumologia no período temporal compreendido entre 3 Fevereiro e 18 Março 2011;

- Ser submetido a técnicas pneumológicas no mesmo período temporal;
- Aceitar participar no estudo<sup>20</sup>

Para a obtenção de dados recorreremos à observação direta (num período de seis semanas) e para tal construímos uma grelha de observação<sup>21</sup> que teve como base teórica uma adaptação da Escala de Etxebarria et. al. (1998), tendo seis itens relativos à condição clínica da Pessoa Doente. Incluída a via aérea, a respiração, a avaliação hemodinâmica, o estado de consciência, a utilização de medidas terapêuticas como a sedação / anestesia local e a existência de drenagem torácica. Este instrumento foi submetido a uma análise de peritos, que incluiu tutores e Enfermeira Chefe do Serviço. Em seguida procedemos à elaboração de um pré-teste que incluiu três situações de transporte e acompanhamento para a elaboração de exames. Após a apreciação pelos peritos e a aplicação do pré-teste, o instrumento revelou-se pertinente e claro, não existindo necessidade de alterações de conteúdo.

No entanto, foram recriadas duas versões deste registo, uma com uma estrutura mais simplificada com os itens supracitados, que foi utilizada pelos colegas (quando o estudante não estava presente) e uma versão ampliada que incluiu um registo referente ao processo de transporte, com os seguintes itens: informação à Pessoa Doente (e por quem); contacto prévio ao transporte e material utilizado no acompanhamento. Ambas as estruturas tinham um espaço para notas de campo onde se poderiam descrever livremente eventuais obstáculos e/ou sugestões dos intervenientes do processo de transporte.

### **2.1.3. Tratamento e Discussão dos resultados**

---

**R**ecorreu-se para a análise quantitativa ao Programa Informático de SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). A análise qualitativa foi realizada com recurso à análise de conteúdo segundo Bardin (1977). A medida é fundamental em toda a ciência, desempenhando um papel primordial no processo de investigação, sendo que medir é quantificar certas características

---

<sup>20</sup> APENDICE 5 – Termo de Consentimento Informado - Estudo

<sup>21</sup> APENDICE 6 – Grelha de Observação

de um objeto. E que o que é medido não é o objeto em si, mas as suas características, e a apresentação bruta dos resultados não têm sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhe dá significado (Fortin, 2009).

No que diz respeito às características do objeto observado<sup>22</sup> pudemos constatar que a amostra foi constituída por vinte e uma Pessoas Doentes que estavam pelo seu contexto clínico, programados para realização de técnicas pneumológicas. Vinte e uma situações que passaram a dezanove por decisão médica, resultando na desmarcação do exame. Destas situações, porque existiu procedimento de Enfermagem no período que antecederia o exame, optámos por observar e contabilizar a etapa anterior do presumível exame - Situações 15 e 21.

Considerando uma breve caracterização da amostra podemos verificar que 57,1 % eram do sexo masculino, 42,9 % do sexo feminino. A faixa etária foi predominantemente entre 71 – 80 anos. Sendo que neste estudo participaram Pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 80 anos.

Em relação aos exames efetuados, apresentamos o Gráfico 2.

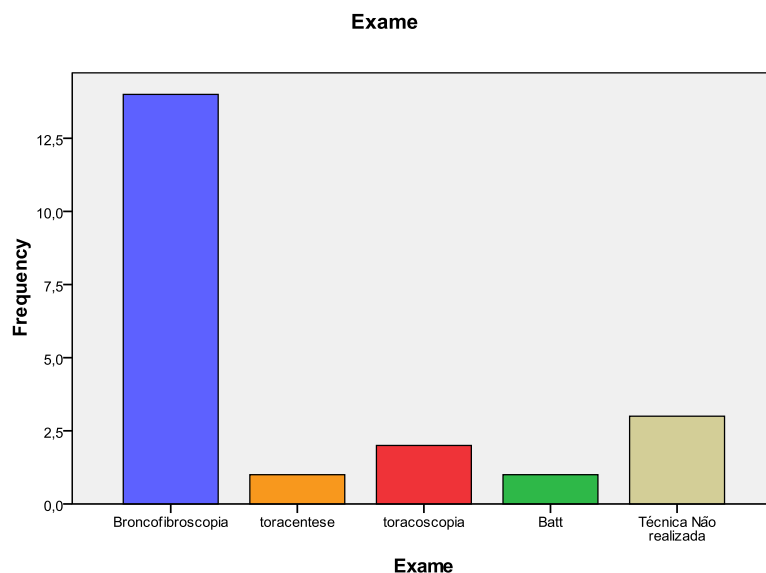


Gráfico 2 – Exames realizados

<sup>22</sup> APENDICE 7 - Dados Observados no Estudo

Destacamos da sua análise que 66,7 % foram bronco fibroscopias (BF), 9,5 % Toracosopia, 4,8 % Toracenteses, 4,8 % Biopsia Aspirativa Trans-Torácica (BATT). Dos exames apresentados 42,9% foram acompanhados por Assistentes Operacionais e 42,9 % foram acompanhados por Enfermeiro e Assistente Operacional, sendo que por rotina não é feita uma avaliação rigorosa do risco das Pessoas que irão realizar exames, estando instituído no serviço (e no Hospital) que os transportes para o Bloco Operatório deverão ser feitos com a presença de Enfermeiro. Para o Bloco de Exames (ou Exames Especiais), é assumido na generalidade das vezes que é feito apenas por Assistente Operacional. Regra que foi confirmada neste estudo, pois apesar da alteração da condição clínica o acompanhamento nunca se alterou, como poderemos confirmar numa fase posterior desta discussão.

No que diz respeito ao padrão respiratório exibimos os Gráficos 3 e 4:

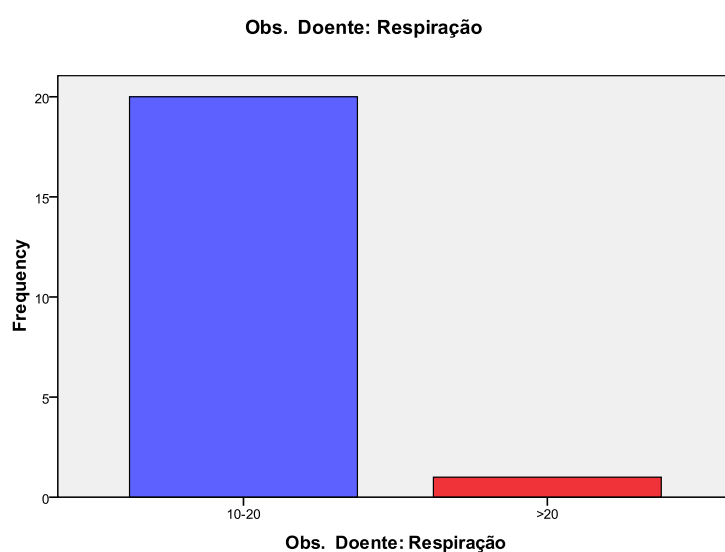


Gráfico 3 – Dados Observados - Respiração

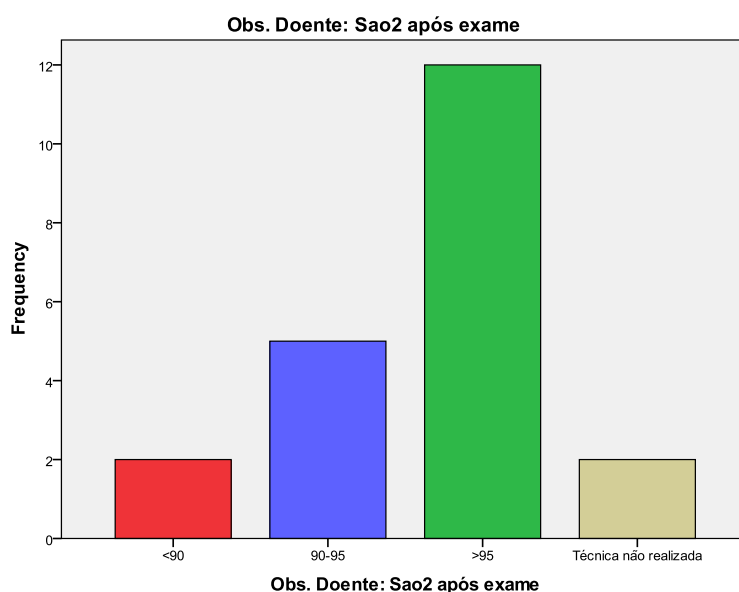


Gráfico 4 – Dados Observados – SaO2 após o exame

Registamos que antes e após o exame, apenas existiu numa situação (Situação 10), representando 4,8%, em que a Pessoa Doente apresentou valores de frequência respiratória acima de 20 ciclos respiratórios por minuto. Havendo nesta situação também repercussões na Sao2. Após o exame apesar da inexistência de outras situações de alteração de frequência respiratória, existiu uma outra situação (Situação 11) em que a SaO2 baixou dos 90%. Será contudo importante assinalarmos que, quer antes quer depois dos exames, números próximos dos 50% tiveram necessidade da utilização de oxigenoterapia.

Em relação ao item do padrão circulatório podemos observar o Gráfico 5:

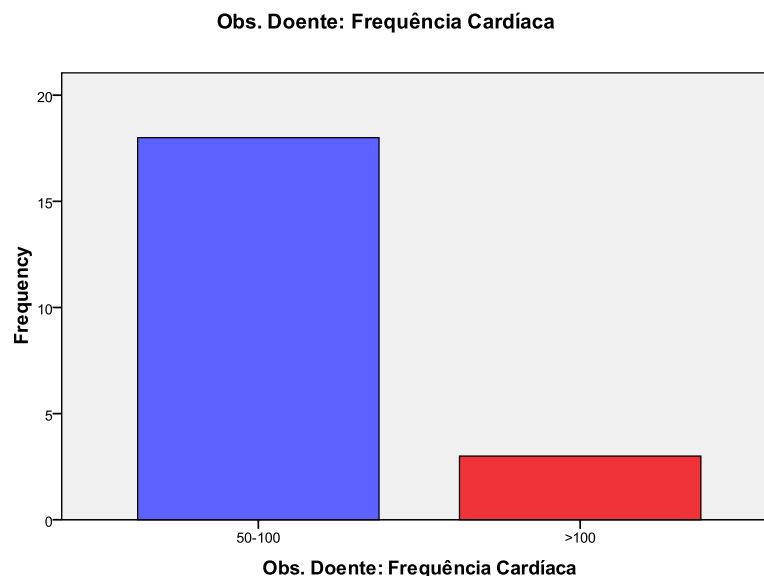


Gráfico 5 – Dados Observados – Frequência Cardíaca antes do exame

Verificámos que, antes do exame, três situações (Situações 10, 16, 20) se encontravam com valores superiores a 100 batimentos cardíacos por minuto, o que representou 14,3%. De considerar que destas, apenas, a Situação 20 teve acompanhamento de Enfermeiro e Assistente Operacional, sendo que se tratava de um transporte para BO, confirmando-se uma vez mais a regra institucional.

Considerando estas situações alteradas antes do exame, duas das situações melhoraram após o exame, o que ao relacionarmos com os demais dados, verificámos que nestas situações (com melhoria clínica) foram realizadas toracentese na situação 16 e uma toracoscopia na situação 20. Sendo que, desta forma concluímos que o procedimento efetuado não foi apenas diagnóstico mas também de tratamento.

No que diz respeito à tensão arterial (sistólica) mostramos o Gráfico 6:

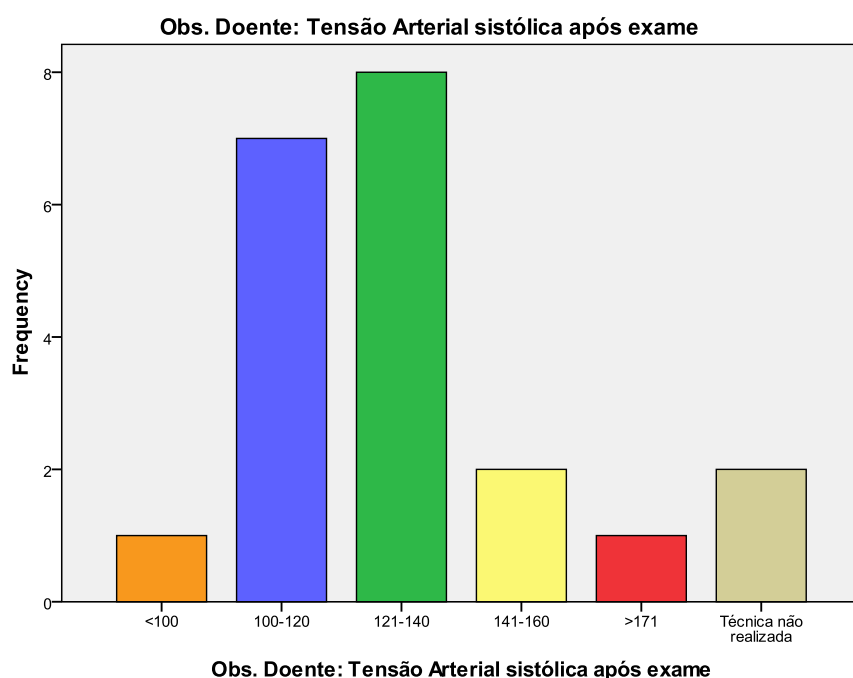


Gráfico 6 – Dados Observados – Tensão Arterial após o exame

Consideramos significativo sublinhar que no período que antecede o exame não existiram valores abaixo dos 100 mmhg, nem acima dos 171 mmhg. No entanto, no momento posterior ao exame, pudemos constatar uma situação (Situação 10), com valores inferiores a 100mmhg e outra situação (Situação 4) com valores acima de 171 mmhg representando ambas, 4,8% cada. Sendo que a segunda foi identificada como um quadro de Edema Agudo do Pulmão no contexto pós exame. Pudemos constatar que este transporte havia sido realizado somente por Assistente Operacional. Consideramos contudo, importante mencionar que esta situação (de acordo com as notas de campo) foi prontamente identificada, à chegada ao serviço, pela Enfermeira Responsável da Pessoa Doente, necessitando de medidas de suporte que exigiram a presença de Médico.

Relativamente a alterações da consciência acrescentamos que, 52,4 % fizeram sedação local e 38,1 % sedação geral, sendo que quer antes quer depois das intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas não houve quaisquer alterações neurológicas.

Posteriormente a uma breve apresentação dos dados mais significativos da observação, numa análise destes mesmos dados tendo por base os estudos internacionais que serviram de suporte teórico, pudemos verificar que o observado foi coincidente com alguns dos principais eventos adversos identificados por Gilles *et al* (2010).

**TRABALHO PROJETO - A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas**

**NUNO OLIVEIRA 2013**

Em particular, também Waydhas (1999) ao analisar eventos adversos ocorridos no Transporte Doente Crítico Adulto (TDCA), concluiu que 70% dos eventos adversos ocorreram a nível cardíaco, ventilatório e de equipamentos. Mais tarde, Beckmann et al (2004) concluíram, num estudo chamado de *Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients*, que 31% dos incidentes resultam em distúrbios fisiológicos. Será contudo, importantes salientar que ambos os autores recomendam vivamente a existência de protocolos de atuação.

Papson et al (2007), num estudo intitulado *Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients*, verificaram que em 68% dos transportes ocorriam problemas hemodinâmicos relacionado com equipamento, sedação inadequada e que três pacientes sofreram paragem cardiorrespiratória. Este autor fez especial referência à experiência de quem transporta como fator primordial.

Ao longo de mais uma década a evidência destes e outros estudos resultou numa consciencialização do risco. Como forma de complemento a esta análise, após as observações realizadas, através dos dados recolhidos e com recurso à informação dos demais processos, elaborámos uma avaliação de todas as situações, calculando-se as ponderações de acordo com Etxebarria et al, para cada situação. Condição que apresentamos em seguida nos Gráficos 7 e 8:

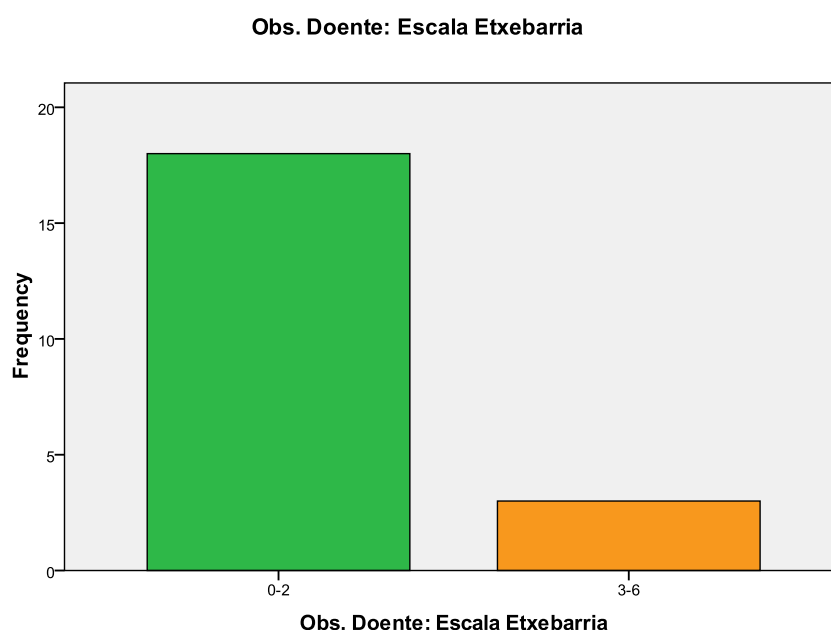


Gráfico 7 – Escala Etxebarria antes do exame



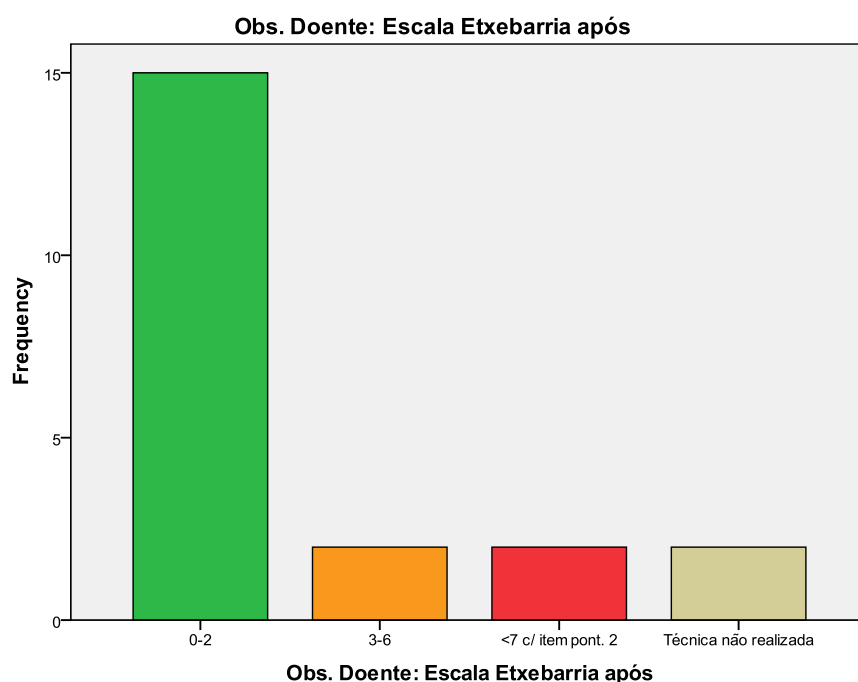


Gráfico 8 – Escala Etxebarria após o exame

Consideramos importante evidenciar que antes do exame, três situações (Situações 10, 16, 20) que traduziram 14,3% estiveram classificados entre 3 e 6 de ponderação. No momento posterior ao exame observámos duas situações (Situações 4, 10), representando 9,5%, classificados entre 3 e 6 e ainda mais duas situações (Situações 9, 20) que são inferiores à ponderação 7, mas incluem item de ponderação dois. A estratificação de risco de Etxebarria inclui como fator de gravidade incidir-se na contabilização itens de ponderação dois, mesmo que com valor total inferior a sete. Defendendo nestas situações presença de Enfermeiro e Médico. Estas Situações (9, 20) classificam-se desta forma pela presença de drenagem torácica (item 2).

Em resumo, constatámos que de acordo com estas ponderações as Pessoas Doentes deveriam ter sido transportadas com acompanhamento de Enfermeiro e Assistente Operacional. Sendo que destas situações que antecedem o exame (Situações 10, 16, 20) somente a última foi efetuada com a presença de Enfermeiro, sendo que se tratava de uma Pessoa doente a ser transportada ao Bloco Operatório, como referido. Das situações (4, 10) que foram posteriores ao exame, nenhuma teve acompanhamento de Enfermeiro.

Consideramos importante realçar que para estas situações de ponderação entre 3 e 6, em que se preconiza a presença de Enfermeiro, é também recomendado a monitorização

de SaO<sub>2</sub>, ECG, FC, TA, assim como o recurso e a presença de materiais como: Insuflador manual, máscara facial e tubo orofaríngeo. Situação que nunca se verificou. Nas situações acompanhadas por Enfermeiro e Médico recomenda-se a monitorização de SaO<sub>2</sub>, ECG, FC, TA (e capnografia se indicado). Em relação aos materiais a utilizar nestes transportes preconiza-se a presença de monitor sinais vitais, ventilador de transporte e material para via aérea avançada. Ainda sobre este assunto, pudemos confirmar que o material utilizado no transporte em 62,5% das situações foi apenas o processo e 37,5% incluiu processo e bala oxigénio, verificando-se que mesmo nas situações de risco anteriormente referenciadas não envolveu a utilização de outro tipo de material ou recursos.

Somaram-se desta forma, risco e escassez de material, no entanto entendemos importante reforçar que de acordo com Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) algumas das técnicas supracitadas, nomeadamente a broncofibroscopia, a toracocentese ou outras, são atualmente técnicas seguras, com valores de incidência de complicações muito baixas, na primeira técnica, de 0,08% a 0,3% tendo como complicações major, a paragem cardíaca, a pneumonia, o pneumotorax, a hemorragia pulmonar ou a obstrução das vias aéreas. Em relação à toracocentese, o pneumotorax é a mais frequente chegando aos 11% das Pessoas doentes, outras complicações poderão ser o hemotorax e a infeção do espaço pleural (SPP, 2003). Mas relativamente ao estudo apresentado, consideramos não menos importante reafirmar que o seu objetivo não foi contrariar números de prevalência de complicações, mas reforçar que estas complicações existem e que poderão ser graves, ou mesmo fatais se não identificadas precocemente.

Numa outra tentativa de sustentar dificuldades, problemas ou incidentes durante os processos de transporte observados, trabalhamos os dados recolhidos nas notas de campo<sup>23</sup> com o mesmo tratamento qualitativo, em que os seus dados foram agrupados nas mesmas categorias do estudo descrito anteriormente referente às entrevistas. Passamos de imediato à sua apresentação através do Gráfico 9.

---

<sup>23</sup> APENDICE 10 – Análise das Notas de Campo

### PROBLEMAS/INCIDENTES (Notas de Campo)

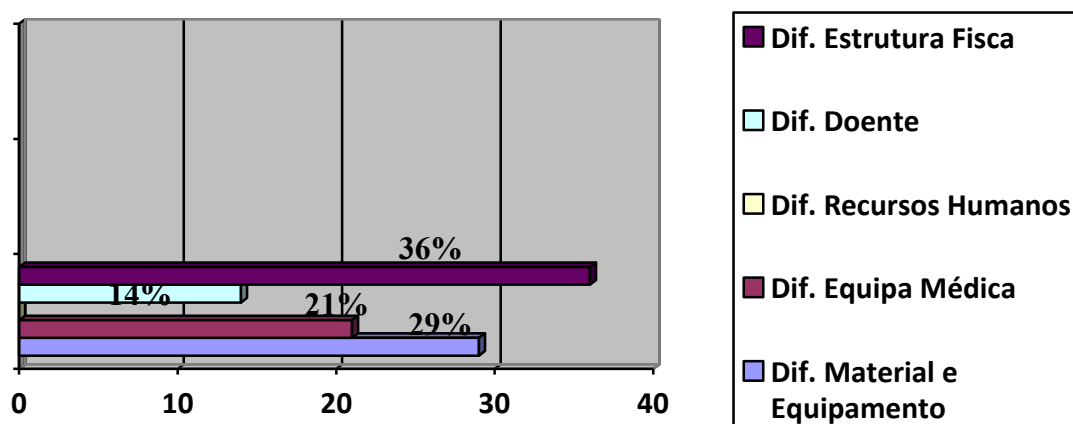


Gráfico 9 – Problemas / incidentes notas de campo

Em concreto reforçaram-se obstáculos relacionados com dificuldades vividas durante o transporte (elevador, imanes das portas) (36%), em seguida com (29%) aparecem as Dificuldades relacionadas com o material e equipamento (rodados da cama, suporte soro na cama, identificação da cama, bala O<sup>2</sup>).

Será importante mencionarmos que em comparação com os dados das entrevistas, aspetos que dizem respeito à inexistência de alguns materiais (monitor, mala de transporte) ao passar-se ao concreto da ação, foram minimizados, pois durante a observação, provavelmente fizeram-se mostrar aspetos mais básicos como rodados da cama, suporte soro na cama, identificação da cama, bala O<sup>2</sup>. Será contudo, em nossa opinião e em favor da segurança, importante não subtrair, mas sim somar estas às anteriores situações assinaladas como problemas ou obstáculos ao transporte.

Na continuação desta análise verificámos que em 21% dos casos surgiram as dificuldades relacionadas com a equipa médica, sendo que neste campo foi identificado como principal motivo a alteração de tempos operatórios, que em muito prejudicam o planeamento e consequente segurança das Pessoas Doentes a transportar. Por último foram apresentadas, com 14%, as dificuldades relacionadas com o Doente, nomeadamente com as complicações e a gravidade da sua situação clínica.

Será importante mencionarmos que uma vez mais e em comparação com os dados das entrevistas, estiveram ausentes das notas de campo as dificuldades relacionadas com

recursos humanos (rácio enfermeiro/doente). Talvez possamos relacionar com a rotina e hábito instalado de trabalhar com estes números, no entanto ao entendermos gravosa esta ausência e como tentativa de corrigir esta eventual imperfeição da observação realizámos um texto descritivo de parte de um dia neste Serviço de Pneumologia<sup>24</sup>, em que estão incluídos nas várias intervenções de Enfermagem, transportes de Pessoas Doentes para a realização de técnicas pneumológicas.

Num alargamento desta análise a outros estudos, Waydhas (1999) já havia feito referência ao equipamento ao analisar os eventos adversos, Beckmann et al (2004) alertou, referindo que 39% dos incidentes deviam-se a problemas com o equipamento. Papon et al (2007) estabeleceu a relação entre equipamento e os problemas hemodinâmicos identificados. Machado (2010), concluiu que relativamente à organização institucional que estudou, denota-se disfuncionalidades na organização geral, logística, nos recursos humanos e recursos técnicos/materiais.

No seguimento destes resultados e considerando a imagem de Gilles et al (2010)<sup>25</sup> sobre as várias circunstâncias que conduz um efeito adverso menor a um efeito adverso grave, assim como, ao considerarmos as linhas tracejadas a verde do mesmo autor que devem ser entendidas como situações a verificar regularmente e de ação corretiva orientado por um *check-list* antes, durante e depois do transporte, apresenta-se no geral impreterível seguir as *Guidelines* de transporte de Pessoas Doentes.

#### 2.1.4. Conclusões do Estudo

---

**O**s estudos exploratórios – descritivos consistem sobretudo em desenvolver conceitos, definindo relações entre conceitos ou produzindo hipóteses para verificações futuras (Fortin 2009). Consideramos que as conclusões deste trabalho resultaram grandemente da análise dos dados observados, somaram o contributo das notas de campo (durante o período de observação) e também tiveram por base o resultado das entrevistas realizadas a Enfermeiros do serviço sobre o tema. Sendo que estas mesmas conclusões poderão sintetizar-se em:

---

<sup>24</sup> APENDICE 11 - Serviço de Pneumologia: “Curta - Metragem”

<sup>25</sup> ANEXO 2 – Ilustração das várias circunstâncias que conduzem a Efeitos Adversos no Transporte Intra – Hospitalar, GILLES, et al (2010)

- ✓ Foram identificadas situações de risco de Pessoas doentes transportadas para a realização de técnicas pneumológicas (no espaço temporal que vai desde o antes ao após exame) e que desta forma estiveram desprotegidas (recursos humanos e materiais) relativamente à condição e ao risco que apresentavam;
- ✓ Problemas ou obstáculos sentidos e observados vão desde as complicações ou gravidade das Pessoas doentes; passando pelas dificuldades organizacionais (mau funcionamento dos imanes das portas e avaria / demora dos elevadores); passando pela disfuncionalidade do material (camas – rodados, suportes e identificação) e por fim, pelo deficitário planeamento dos materiais para o transporte;
- ✓ Poderá ser agravante para a replicação dos riscos, o desconhecimento das Recomendações Nacionais e Internacionais para o transporte de Pessoas doentes.

Em concreto, será importante reforçarmos a ideia (mesmo que repetida) de que a broncofibroscopia, a toracocentese ou outras são na atualidade clínica exemplos de técnicas seguras, com taxas de mortalidade quase nulas (SPP 2003). Contudo, entre os objetivos pretendíamos a identificação de situações de risco, fazendo merecer uma adequação da organização e dos procedimentos que envolvem o transporte de Pessoas Doentes para a realização de técnicas pneumológicas no exterior do serviço tendo por base (de sustentação) as recomendações nacionais e internacionais.

Concluímos que o risco existiu, devendo ser contrariado por uma cultura de segurança, promovendo o fácil registo de incidentes. Uma gestão de previsão do erro, atempado e eficiente na implementação de mecanismos de segurança, assegurando a otimização das normas e procedimentos. Em consequência destas conclusões foram entregues à chefia do serviço, sob forma de *Stream-Analysis* e diagramas de procedimento, sugestões de ação que visem minimizar os efeitos do risco identificado. Estas mesmas sugestões serão à posterior, apresentadas, em concreto na fase que diz respeito ao planeamento deste projeto

### **2.1.5. Limitações do Estudo**

---

- ✓ A escassez de Estudos Nacionais sobre a problemática

Considerámos a maior das limitações, existirem poucos estudos nacionais que demonstrem os incidentes nos transportes das Pessoas Doentes.

- ✓ O tempo de observação

Quinze semanas em estágio onde se pretendia observar, analisar e sugerir mudança poderá ser entendido como limitado para a ambição. Ainda assim, representa 28% de um ano.

- ✓ O excesso de trabalho dos Enfermeiros

As ações, bem como as estratégias não poderão ser dissociadas umas das outras, no entanto, consideramos que neste ponto ajudou mostrar que o que estava a ser solicitado era apenas o essencial e que desta forma o Projeto passaria de Projeto individual para um Projeto da Equipa e para o Serviço na melhoria contínua para a segurança.

- ✓ A desmotivação pelo contexto nacional, em particular para os Enfermeiros.

Fazer esquecer o encadeamento sócio - económico é tarefa difícil. Foram, provavelmente, importantes estratégias de envolvimento do grupo, dando especial relevo à importância da problemática, assim como dos resultados ou benefícios que poderia trazer este estudo.

### **2.1.6. Um olhar diagnóstico – *Stream-Analysis***

---

Neste estudo, como já anteriormente tínhamos referido, as decisões e o seu caminho foi desenhado com o apoio direto dos tutores, mas também com o apoio da Sra. Enf.<sup>a</sup> Chefe do Serviço de Pneumologia. A sua forma bem como a medida de cada uma das suas partes foram refletidas e conversadas. Decidimos por um espaço maior na obtenção do diagnóstico de situação, como forma de sustentar este mesmo diagnóstico, mas também, essencialmente como fruto da aprendizagem para o estudante na área da investigação.

Os resultados deste estudo mostram situações de risco, bem como potenciais obstáculos ao transporte de Pessoas doentes para a realização de técnicas pneumológicas.

**TRABALHO PROJETO - A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas**

**NUNO OLIVEIRA 2013**

Face a estes resultados, conjuntamente com outros estudos nacionais e internacionais, assentes nas recomendações para Transporte de Pessoas doentes enunciámos propostas ou sugestões, que visam essencialmente minimizar os efeitos dos problemas identificados em prol da segurança das Pessoas doentes internadas no Serviço de Pneumologia e que no seu processo de internamento necessitem de realizar técnicas pneumológicas no exterior do serviço.

Algumas destas sugestões foram apresentadas sob a forma de *Stream-Análisis de Porras*, que de acordo com Ribeiro (2009) nas palavras de Argyris e Schön (1978), é um instrumento que permite efetuar uma análise *double loop*, ou seja, uma análise que permite identificar as causas dos constrangimentos e sugerir as mudanças necessárias para que o processo estudado seja otimizado nas suas várias dimensões. Por outras palavras, este instrumento permite identificar os problemas em análise, reconhecendo as causa-efeitos dos mesmos. A aplicação deste instrumento divide-se na construção de um mapa diagnóstico (*stream diagnostic chart*) e num mapa intervenção (*stream planning chart*).

Este modelo de acordo com o mesmo autor baseia-se na “*Social Cognitive Theory*”, Teoria que surge no final da década 80, tendo por base três pressupostos cognitivos: as pessoas fazem escolhas conscientes dos seus comportamentos; a informação que as pessoas utilizam para tomar decisões surge do ambiente que as rodeia; essas escolhas são baseadas em aspetos considerados importantes para elas, na perspetiva que têm das suas capacidades e das consequências que acham que terão advindo do seu comportamento.

Importa reforçar que mais do que uma forma de apresentação, tratar-se-á de uma forma de pensamento ou filosofia para a mudança, incluída no Modelo Organizacional de Porras. Este baseia-se essencialmente na ideia que o desempenho organizacional é o resultado do inter-relacionamento de várias componentes destas mesmas organizações. Sendo que nesta sua perspetiva as Pessoas e os seus comportamentos são elementos chave para compreender e mudar uma organização (Porras, 2002).

Passamos à sua apresentação:

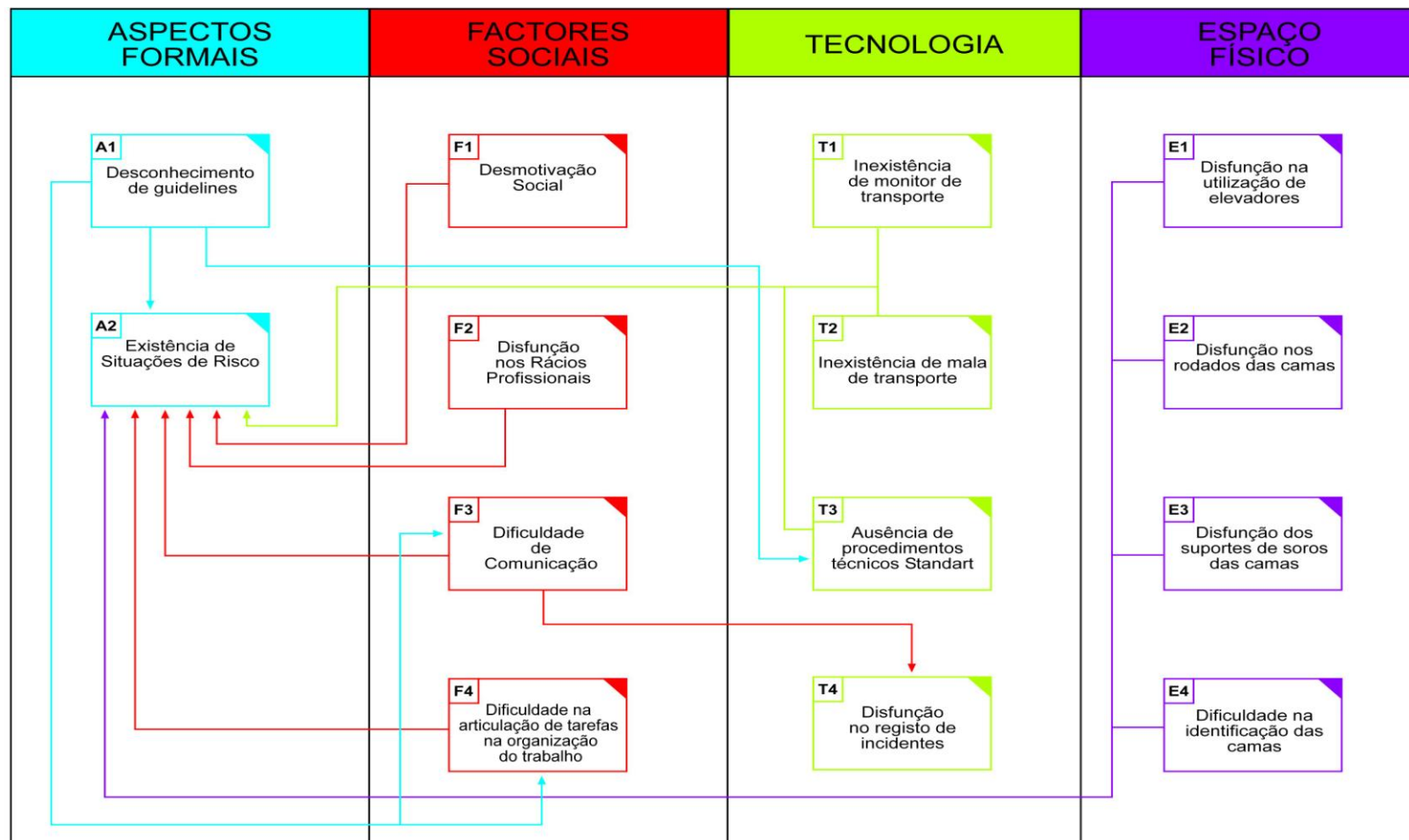


Diagrama 1 - Mapa Diagnóstico - *Stream Diagnostic Chart*



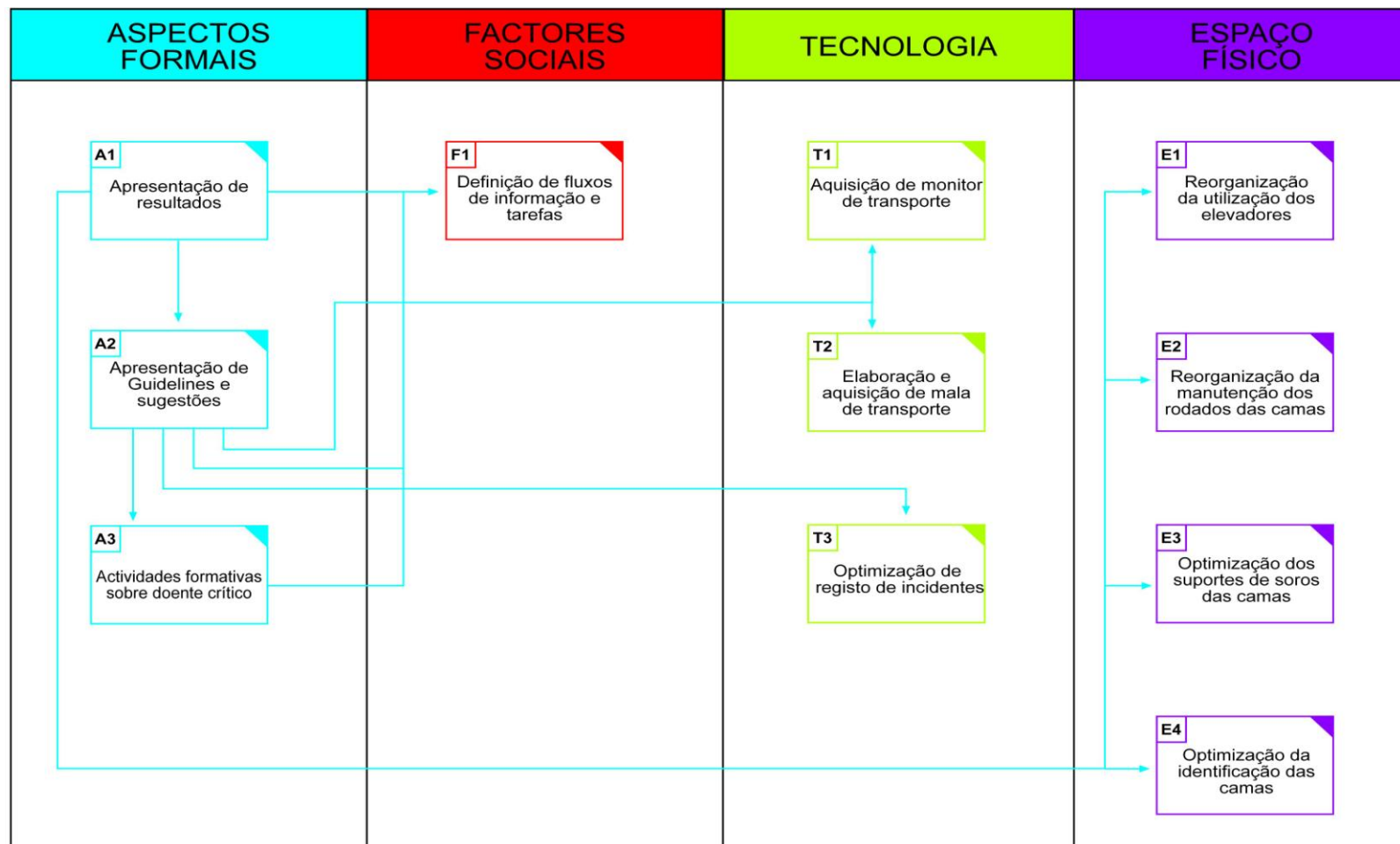


Diagrama 2 - Mapa de Intervenção - *Stream Planning Chart*

Numa análise e no contexto do quadro dia gnóstico é importante referirmos que dos vários assuntos apresentados, existirão alguns em que é possível atuar diretamente, por exemplo nos aspetos formais, na identificação de situações de risco em que todas as ações, direta ou indiretamente, pretendem minimizar este facto. Relativamente ao desconhecimento das recomendações, numa ação formativa, foram estrategicamente apresentadas de forma sucinta no momento da apresentação dos resultados e sugestões ao serviço.

Na área da tecnologia é importante salientar a inexistência de alguns recursos, nomeadamente de monitor de transporte e mala de transporte. Na primeira sugeriu-se a aquisição do aparelho para o serviço; na segunda, para além da aquisição da mala, deverá também ser constituída de acordo com as recomendações nacionais.

Na vertente espaço-físico, o diagnóstico apontou essencialmente para a condição das camas onde o transporte é realizado. A ação passou por uma reunião com a chefia do serviço onde, entre outros aspetos, visou uma otimização destas condições. Entendemos pertinente salientar que em relação à identificação das camas, já aconteceu ação-mudança, pois no decorrer do trabalho e dos momentos de observação, foram identificadas todas as camas do serviço, combinando-se uma indicação do plano de emergência que obriga a identificação das Pessoas doentes dependentes e independentes em caso de evacuação, com a identificação do número da cama e do serviço.

Finalmente, os fatores sociais serão provavelmente um exemplo dos temas apresentados que menos foi possível direcionar diretamente para a ação, mas em nossa opinião, não devem ser esquecidos ou minimizados. Para além disso, conforme defendido pelo **Modelo de Porras**, esperamos que a relação estabelecida, nas causas assim como principalmente a relação entre as ações possam minimizar estes efeitos. Ainda nos fatores sociais, consideramos de interesse dizer que será sempre difícil achar entendimento entre quem aplica as fórmulas para determinar rácios e dotações da prestação direta de cuidados. Contudo, será entendível que para fundamentar a ideia ou antes a vivência da prática é importante sentir o dia-a-dia do fazer e os números, esses, poderão ser traduzidos em melhoria dos cuidados.

Em suma: Procuramos conhecer o diagnóstico de situação e com isso, construir o mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, impõe o momento a necessidade de estabelecer objetivos, planear e atuar.

## 2.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

---

Os objetivos apresentam os resultados que se pretendem alcançar, podendo estes incluir diferentes níveis, que poderão ir do geral aos mais específicos (Ruivo et. Al., 2010, cit. Mão de Ferro, 1999).

Neste momento e tendo por base os elementos já apresentados que nos proporcionaram a identificação de um diagnóstico de situação, definimos como objetivo geral: **Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa doente submetido ao transporte para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia**, enquanto, que os seus objetivos específicos foram:

- **Divulgar resultados à Equipa de Enfermagem;**
- **Preparar a elaboração documentos orientadores de Boas Práticas na área do Transporte de Pessoas para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia**

## 2.3. PLANEAMENTO

---

Planeamento é a terceira fase da metodologia de projeto e consiste num plano detalhado que inclui as diversas vertentes da gestão: engenharia de *software*, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade. Salientando-se no entanto que a escolha das atividades, dos meios e das estratégias coadunam diretamente com os objetivos previamente traçados (Ruivo et. Al., 2010, cit. Miguel, 2006).

Tendo por base o objetivo geral do projeto que pretendeu em concreto a **Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa doente submetido ao transporte para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia**. Iremos de seguida apresentar os objetivos específicos, bem como as atividades, os recursos e as estratégias utilizadas para a sua concretização.

### **1º Objetivo Específico:**

- **Divulgar resultados à Equipa de Enfermagem**

No pensamento e na organização de um plano detalhado para a concretização do primeiro objetivo, as atividades foram planeadas para um período temporal de duas semanas e incluíram:

- Pesquisa Bibliográfica
- Divulgação da data da ação
- Planeamento da ação de formação
- Construção dos slides
- Apresentação da ação de formação
- Avaliação da ação de formação

### **2º Objetivo Específico:**

- **Preparar a elaboração de documentos orientadores de Boas Práticas na área do Transporte de Pessoas para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia**

Para a concretização do segundo objetivo, as atividades foram planeadas ocorrerem para a última semana do estágio e incluíram:

- Pesquisa Bibliográfica
- Construção dos diagramas de intervenção
- Distribuição pelos Tutores e Enfermeira Chefe do Serviço com discussão de eventuais sugestões
- Apresentação aos colegas na ação de formação, com recolha de sugestões

## **2.4. EXECUÇÃO**

---

**A** etapa da execução materializa, colocando em prática tudo o desejado e planeado (Ruivo et. Al., 2010). Será contudo, relevante reforçarmos o facto de que somente faziam parte dos objetivos do Estágio as fases do

projeto referentes ao diagnóstico de situação e planeamento, tendo em conta a adequação e creditação da experiência formativa anterior (Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica).

### **1º Objetivo Especifico:**

- **Divulgar resultados à Equipa de Enfermagem**

Para a materialização do primeiro objetivo, poderemos escrever que a ação de formação, de acordo como havia sido divulgado (Apêndice 13), aconteceu na data prevista, com cerca de dez minutos de atraso. Estiveram presentes os dois tutores; a Sra. Enfermeira Chefe do Serviço e nove Enfermeiros da Equipa. Sem estar planeado, estiveram a assistir à apresentação um grupo de estudantes da Enfermagem que se encontrava em Ensino Clínico no Serviço e que a professora considerou interessante o tema solicitando para estar presente, ela e os seis estudantes.

A atividade cumpriu o planeamento (Apêndice 14), em que, estrategicamente, considerámos adequado e oportuno a utilização do *Layout* de Plano de Ação de Formação do serviço. A metodologia utilizada em toda a sessão foi interativa e expositiva, como poderemos verificar nos slides de apoio (Apêndice 15), com recurso a um espaço final de reflexão e discussão, transformando a avaliação desta atividade num momento formativo que teve por base a partilha.

### **2º Objetivo Especifico:**

- **Preparar a elaboração de documentos orientadores de Boas Práticas na área do Transporte de Pessoas para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia**

Desde do início que estávamos conscientes do pouco tempo para a extensão de um segundo objetivo que conduísse a elaboração de documentos orientadores de boas práticas no transporte de Pessoas doentes para a realização de Técnicas Pneumológicas. No entanto, a pesquisa bibliográfica elaborada ao longo de todo o trabalho, somando-se à apresentação e discussão com Tutores e Sra. Enfermeira Chefe do Serviço, permitiu-nos uma base de sustentação para uma proposta inicial dos diagramas de intervenção (Apêndice 16).

Por sua vez, a atividade que incluiu a divulgação dos resultados do estudo, também implicou uma breve apresentação das Recomendações Nacionais para o Transporte de Pessoas em Situação Crítica, no sentido de discutir os diagramas de procedimento e recolher eventuais sugestões que estiveram sob reflexão interna num período aproximado de 2 meses (sujeitos a outras alterações).

Entendemos importante salientar que todos os recursos ou meios necessários para a concretização dos objetivos existiam no Serviço e consideramos que ficámos a um pequeno passo da elaboração de futuras Normas de Procedimento promotoras da **qualidade** e da **segurança** durante o transporte para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia.

### 3. REFLEXÃO, EU Especialista

---

**P**retendemos com este capítulo refletir e mostrar o produto e o ganho pessoal e profissional ao tornarmo-nos Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Decorre de um continuum que nasceu numa Pós-Graduação, se fez acrescentar no I Curso Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O tempo e estes momentos de aprendizagem fizeram-nos entender que (nós) pensamos, sentimos e agimos e todas as nossas experiências envolvem necessariamente pensamentos, sentimentos e ações. Isto como defenderia Novac (2010) é tão evidente como o sol nascer a leste e pôr-se a oeste.

#### 3.1. UM PERCURSO...

---

**O** ano 2007 ficou lembrado como o ano da (trans)formação e do regresso à escola. Foram vários os sentimentos, pessoais e partilhados, que se fizeram sentir, tais como: incerteza, ansiedade e nervosismo. Sentimentos que fizeram valorizar e sustentar a ideia de Novak (2000) quando pretende defender que educar (eu diria aprender) é mais do que uma ciência; é também uma arte, exigindo decisões, sentimentos e valores.

Neste longo percurso de aprendizagem foram apresentados primeiramente, pela escola, objetivos e metodologias, onde destacamos entre estas, o *Problem Basic Learning* (PBL), que Berbel (1998) refere ter como inspiração os princípios da escola ativa, do método científico, de um ensino integrado e integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os estudantes aprendem a aprender e se preparam para resolver problemas relativos à sua futura profissão.

Quando pensamos sobre processos e metodologias de aprendizagem (e antes de avançarmos nesta reflexão) parece-nos pertinente dizer, tratar-se de uma área de interesse, tendo sido inclusive a área de estudo no Complemento de Formação em Enfermagem (2001). Acrescentando-se que ao longo destes anos, várias foram as vezes que ouvimos e lemos o quanto importante é para um estudante assumir o papel principal no seu processo de aprendizagem. Mas, estranhamente, neste momento do regresso à

escola, as palavras que estiveram sempre cheias de sentido, pareciam ocas e difíceis de entender.

À medida que o tempo ia passando, neste “estranho” processo de aprendizagem foram sendo fornecidas (pelos docentes) apenas algumas peças do puzzle. Pareciam faltar peças essenciais que fomos descobrindo conjuntamente, onde e como procurar. Mas, ainda assim, muitas foram as vezes que surgiram questões como: Que estranha forma de aprender? Serei EU capaz?

Talvez o verdadeiro sentido das palavras que sustentavam tão bem, as novas teorias de ensino-aprendizagem, estivesse (agora) no experienciar. Também não será menos verdade, acrescentarmos que apesar das muitas vezes que ouvíamos e parecíamos entender o sentido destes “novos” processos, toda a vivência escolar e/ou académica havia seguido métodos tradicionais, onde o papel principal era em exclusivo do professor. Ouvir não foi, por isso, sinónimo de viver e neste momento de aprendizagem que retratamos experimentámos aprender, sob várias formas: sozinho e em grupo, guiado, procurando e descobrindo.

Permitam-nos um parêntesis para dizer o quanto complexo que foi trabalhar em grupos grandes. Imagine-se dez Pessoas de diferentes experiências, gostos e vontades. Foram dias muito intensos a discutir, a avançar, a recuar e ao fim do dia regressar como que vazios, para as nossas famílias. Famílias, que certamente saíram prejudicadas em tempo, mas beneficiadas em valor, tornando-se no alimento necessário a todo este difícil percurso. Contudo, poderemos dizer que estes momentos dolorosos também fizeram desenvolver capacidades de atenção, argumentação que por certo fortaleceram este processo.

Descobertas que foram outras peças, este puzzle que parecia não ter solução, começou a ganhar forma. As aulas teóricas sustentaram, os trabalhos escritos contribuíram e um caminho ganhou nitidez com o aproximar do final da Pós-Graduação. Depois deste fim, seguiu-se um vazio temporal carregado de incerteza, uma espera que parecia não acabar, até que finalmente chegou 2010, como que uma luz ao fundo do túnel. Finalmente aí estava o tão desejado CPLEE MC, imperava, de novo, fazer acontecer, ter vontade e essencialmente ser ativo em mais este processo de aprendizagem.

Uma vez mais aconteceram bons momentos, mas também coexistiram maus, cheios de tristeza, angústia e INCERTEZA. Momentos, que exigiram decidir não se



deixar abater e transformar as adversidades da incerteza em OPORTUNIDADE. Não poderemos, no entanto, excluir o papel dos professores, a presença dos amigos e principalmente o apoio da família. Aconteceu adaptação e fez-se APRENDIZAGEM, (trans)formou-se um estudante, um Enfermeiro Perito, num ENFERMEIRO ESPECIALISTA, promovendo-se desde então uma rotina de reflexão-na-ação. Sendo que para chegar á conclusão do CPLEE, foi importante pensarmos que estávamos a meio de um caminho e que nada nem ninguém poderiam prejudicar. Essencialmente ganhar consciência de que o nosso CPLEE na Escola Superior de Saúde do Instituto Superior de Setúbal foi com certeza único e como se de uma Pessoa de quem se gosta se tratasse, terá coisas boas e outras menos boas, mas será sempre o nosso CPLEE...

### 3.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

**N**um mundo da formação profissional em que como, já mencionado anteriormente, a necessidade é premente de que os países e as organizações procurem, cada vez mais, o desenvolvimento das competências nos termos da profissionalização. No mais amplo conceito de Enfermeiro Especialista, no contexto nacional, em 2010, a Ordem dos Enfermeiros<sup>26</sup> definiu que: *“Especialista é o Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*.

Neste mesmo ano a Ordem dos Enfermeiros<sup>27</sup>, a propósito do saber especializado definiu as competências do Enfermeiro Especialista. Subdividindo-as em comuns e especializadas, sendo que as competências comuns são competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Enquanto que, as específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para

<sup>26</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) in : Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Conforme legislado em *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

<sup>27</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) in: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Conforme legislado em *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Sem demérito para todas as outras Especialidades em Enfermagem, gostaríamos de realçar a importância da Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica, hoje designada de Especialidade em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que sublinhando nas palavras da Lei N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011 decreta que: *“Os Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*

Como forma de dar continuidade à análise reflexiva, o momento exige-nos como fator facilitador ao raciocínio a apresentação das **Competências Gerais do Enfermeiro Especialista:**

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Será contudo importante a exposição das competências específicas do **Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Apresentado o percurso e as competências, pretendemos na seguinte abordagem reflexiva explicitar a nossa preparação para **Enfermeiro Especialista**, sendo na sua atividade profissional promotores de *empowerment* nos cuidados de Saúde e capaz de ajuizar e decidir como forma de proteção dos direitos da Pessoa Doente, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística a situações de doença crítica e/ou falência orgânica. Como forma de fundamentar a ideia anterior procurámos analisar e refletir, tendo presente cada uma das competências. Confrontando-as com os ganhos de um percurso académico que se fundiu a quase dezassete anos de experiência profissional.

Neste início de análise reflexiva, será importante, ainda, mencionarmos que estrategicamente e por uma questão de facilidade de raciocínio, agrupámos algumas competências, sob forma de sustentar o nosso pensamento e de escapar a uma reflexão demasiado repetitiva.

No que diz respeito às duas primeiras competências, sobre a **ética e a deontologia** no exercício poderemos mencionar que particularmente, a ética na Enfermagem tem sido nos últimos anos uma fonte de discussão, em que uns afirmam ser muito antiga no mundo da Enfermagem e outros a identificaram como novidade. Por sua vez, a deontologia poderemos afirmar, ser recente na (longa) história da Enfermagem em Portugal, só no ano de 1996 foi apresentado o **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**.

O documento supramencionado veio regulamentar a profissão, clarificar conceitos, intervenções e funções, bem como possibilitar definir aspetos básicos dos

direitos e deveres dos Enfermeiros, incorporando os princípios éticos de beneficência, autonomia, justiça e equidade. Acrescente-se que em 1998 se estabeleceu a Ordem dos Enfermeiros como Associação Profissional de direito público que promove a regulamentação e disciplina da prática de Enfermagem.

Desta forma e historicamente, será fácil de entender que os conteúdos relativos a estas duas tão importantes áreas quase não fizeram parte do plano de estudos do Curso de Enfermagem (1993 – 1996) deste estudante. Por consequente ganharam em sentido e importância nas discussões promovidas na **Unidade Curricular Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem**. Poderemos, no entanto acrescentar que este estudante, por mero acaso ou sorte, nasceu como Enfermeiro num serviço onde a Chefe de Enfermagem era licenciada em filosofia e também por isso “respirava” estes assuntos da ética. Portanto e talvez sem perceber como, nem porquê, foram crescendo conceitos e pilares que prevalecem no seu exercício profissional, que incluíam entre outros, um exercício ético e respeitador dos direitos das Pessoas Doentes. Por sua vez e em concreto no projeto de intervenção (apresentado neste documento), fizemos respeitar os direitos da Instituição, das Pessoas Doentes e dos profissionais envolvidos.

Dando continuidade à análise, num olhar para a próxima dupla que faz referência a um **papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais**, assim como a **conceção e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade**. Consideramos de extrema importância na escolha da temática o aporte teórico das aulas da **Unidade Temática de Segurança e gestão do risco nos Cuidados de Enfermagem**, como fator promotor da reflexão sobre a **qualidade** e sobre a **segurança** como áreas cruciais a que nacionalmente o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 e a Ordem dos Enfermeiros<sup>28</sup> definem como área prioritária de Investigação.

Por sua vez foi grande a contribuição da **Unidade Curricular de Investigação** ao dar a conhecer aportes que permitissem melhorar no processo de entender e fazer investigação. Em particular sobre o projeto apresentado neste relatório será importante acrescentarmos, que estes não foram os únicos fatores impulsionadores da forma como decorreu o estágio e o projeto. Consideramos que foi importante estar no Serviço e ao mesmo tempo este ser coautor de um outro projeto sobre o Cuidado à Pessoa em Situação Crítica, permitindo mais facilmente substanciar estes papéis e estas

---

<sup>28</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) – Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem.

competências. Estar e fazer no “seu mundo” e com a “sua gente” foi com certeza facilitador.

As palavras anteriores poderão ser resposta ou fundamento á dupla de competências que se refere à liderança e gestão dos cuidados (e recursos) na otimização da ação da equipa de Enfermagem (e seus colaboradores), bem como na articulação com a equipa multiprofissional visando a qualidade dos cuidados. Não poderemos esquecer no entanto o contributo das **Unidades Temáticas de Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem**.

No próximo momento, passaríamos ao último par, correspondente ao desenvolvimento do **autoconhecimento e da assertividade**, bem como no sustento da praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Em relação ao autoconhecimento, poderemos afirmar que foi, é e será um exercício a continuar até ao fim dos nossos dias. Ninguém poderá com certeza dizer que se conhece na plenitude e em todas as circunstâncias, no entanto foi interessante na forma e no conteúdo como decorreram as aulas da **Unidade Temática de Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem** como reforço para a ideia de que o autoconhecimento permite-nos relacionar, ajudar e decidir melhor.

Por último e no que diz respeito ao **basear a praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento** poderemos afirmar que nesta competência estará provavelmente o somatório de todas as outras. E que a atualidade merece e exige uma Enfermagem profissional e respeitada, afastando-se do empirismo e suportando-se na evidência

No que diz respeito às **competências específicas do Enfermeiro Especialista** em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ou como o entendemos, Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica) será fácil associar a importância da experiência profissional de quase uma década num Serviço de Urgência e dezasseis anos de exercício em Emergência Pré-Hospitalar. O fato dos dois primeiros estágios do CPLEE terem sido realizados na VMER foi promotor de um olhar sobre as mesmas “coisas”, as mesmas ações e os mesmos procedimentos numa ótica particular. Rotinas foram debatidas e algumas foram mesmo melhoradas. Ainda, em relação aos estágios e ao facto de terem sido realizados no âmbito da VMER será importante reforçarmos sobre o tema do projeto apresentado, que na pesquisa efetuada, a história das recomendações internacionais sobre o assunto foi “beber” muito do seu suporte de

conhecimentos e avanços científicos à área da Emergência Pré-Hospitalar. Convenhamos que foi saboroso observar, analisar e reorganizar conhecimentos em prol da construção dos vários trabalhos que rodearam estes momentos de aprendizagem e contribuíram para o aumento dos conhecimentos e desenvolvimento da **competência relativa à dinâmica na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima**.

Por último, é indispensável considerarmos que em tudo o fazemos deveremos ter presente a prevenção, quer do dano imediato, quer do mais tardio. No que diz respeito à infeção, há muito que é consensual afirmar que são as nossas mãos o maior veículo de doença cruzada em Pessoas Doentes internadas. Em relação a este assunto, é indispensável escrevermos que um espaço considerável tem sido dedicado a este tema, em particular, na Instituição e também no Serviço do estudante. Os acontecimentos epidémicos dos últimos anos, nomeadamente da Gripe A, proporcionaram muitas horas de formação e supervisão nesta área, permitindo a todos os profissionais envolvidos desenvolverem capacidades nas suas ações. Para uma sedimentação destas ideias e conceções foi importante os aportes da **Unidade Temática de Segurança e gestão do risco nos cuidados de Enfermagem**.

Terminada esta passagem reflexiva pelas competências do Enfermeiro Especialista, gostaríamos de salientar que a vida profissional que incluiu, nove anos no Serviço de Urgência, oito de Serviço de Pneumologia e quinze anos de emergência pré-hospitalar permitiram a conquista de um espaço entre pares e outros profissionais, facilitando uma presença ativa e ouvida. Como forma de sustentar o que foi escrito e utilizando a ajuda da imagem do iceberg de Spencer & Spencer (1993) poderemos defender que a parte visível (*inputs*), as habilidades, somadas à experiência, do Enfermeiro, em associação aos momentos de aprendizagem já anteriormente referidos (Pós-Graduação e CPLEE) na relação essencial de tutores e professores, deram movimento, geraram conhecimento e competência. No que diz respeito, à parte submersa (*outputs*), ajuizamos que o estudante que cresceu entre Pessoas Enfermeiros substanciadas de valores foi também beneficiado nestes processos de aprendizagem, assim como no desenvolvimento deste projeto. Estando presente como maior das motivações, a de se tornar num Enfermeiro Especialista e com isso realizar um sonho de “Criança Enfermeiro”.

Em síntese: A formação relativa à Especialização em Enfermagem constituiu um estímulo de reflexão-na-ação, ao nos prepararmos para um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Não foi nossa pretensão preferir ou distinguir algumas entre as competências gerais e específicas atribuídas a esta Especialidade. Apenas sublinhávamos o facto de todas elas procurarem a VIDA e a SEGURANÇA das Pessoas Doentes e assim em decisivo e assumindo a totalidade das competências do Enfermeiro Especialista dizer-se não à dispensa e à renúncia (Nunes, 2006).

## 4. REFLEXÃO, EU Mestre

---

Neste próximo capítulo poderemos atestar que imagem do Mestre tem sofrido algumas mutações ao longo destes processos de aprendizagem. Outrora assemelhava-se à condição de ser superior, perfeito e quase inatingível, mas à medida que o tempo foi passando esta imagem foi-se aproximando da imagem do comum dos mortais. Mas esclareça-se, uma (simples) Pessoa que faz a diferença por um enorme conhecimento de si, pela forma como olha e entende o mundo que o rodeia e também pela forma como passa a sua mensagem. Fazendo com naturalidade coabitar debaixo do mesmo teto e paredes, antiguidade, sabedoria e sensatez nos atos e nas decisões que toma.

Na legislação nacional que suporta os mestrados, está vigente que ao Mestre se pretende que adquira um conjunto de competências que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado e/ou autónomo. O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica diz respeito à formação científica de carácter profissionalizante, que inclui um *“conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas.”*<sup>29</sup>

O presente capítulo obedece a mais um exercício de reflexão que terá agora por base a aquisição das Competências do Mestre. Uma vez mais e de forma intencional, porque em nossa opinião não poderia nem deveria estar dissociado do momento reflexivo anterior. Sendo que consideramos que estas e outras competências foram, são e serão sempre complementares.

### 4.1. COMPETÊNCIAS DO MESTRE

---

Numa análise às competências atribuídas ao detentor do grau de Mestre não poderemos desligar de tudo o que constituiu argumentação na análise anterior. Pois uma vez mais defendemos a relação entre as competências como elemento promotor desta mesma aquisição de competências. Para além numa

---

<sup>29</sup> Conforme o documento de proposta do Curso de Mestrado



observação atenta às competências do Mestre poderemos concluir que algumas destas tocam necessariamente outras do Especialista.

Começaríamos, no sentido de uma imagem mais favorecedora da posterior análise reflexiva, por apresentar as Competências do Mestre:

- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem;
- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;
- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Nesta análise que agora se inicia, começaríamos por sustentar que o percurso académico deste estudante (agora proposto a Mestre) constituído por vários momentos de aprendizagem é demonstrativo que no seu exercício profissional tem existido uma forte aposta num **desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida**. Desenvolvimento assente num conhecimento e utilização dos seus principais recursos como elementos promotores de uma autoformação e como componente essencial ao desenvolvimento profissional e pessoal.

Em relação ao anteriormente mencionado podemos defender que o percurso bem como do desenvolvimento profissional têm sido fatores facilitadores, que em associação com uma conduta assertiva que lhe permite integrar de **forma proactiva equipas de desenvolvimento multidisciplinar** e aplicar conhecimentos na resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização. Exemplo disso foi a coautoria e a colaboração, durante os últimos doze anos, com o Projeto de Formação Institucional na área do Suporte Básico de Vida. Outro exemplo, foi a coautoria e a participação no desenvolvimento do Projeto do Serviço da área da Emergência que teve como alvo a melhoria do atendimento às

Pessoas em Situação Crítica. Em concreto, e por último é também exemplo o desenvolvimento do projeto apresentado neste documento, que teve como objetivo primordial a Segurança no Transporte de Pessoas Doentes para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do serviço.

Prosseguindo na análise, no respeitante ao **desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos** e num olhar cruzado sobre as competências do Enfermeiro Especialista. Enfermeiro que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e na tomada de decisão tem por base uma indispensável conduta ético-deontológica, poderemos concluir com o sustentado na análise anterior sobre o assunto, bem como com o somatório das competências em análise, estas e todas as outras competências do Enfermeiro Especialista resultam num fortalecimento de capacidades para selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de problemas, bem como para a avaliação de resultados em ganhos de saúde sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.

Apraz de seguida defendermos, no que diz respeito à capacidade de selecionar meios e estratégia adequados à resolução problemas, assim como da utilização da capacidade de analisar, conceber e implementar resultados de investigação para a resolução destes mesmos problemas, que o CPLEE, foi de extrema importância, abrindo-se, desde então um caminho que não esquece a via experiencial mas que também se sustenta na investigação **para a promoção de uma prática de Enfermagem baseada na evidência.**

Prosseguindo na análise e em ligação, ao descrito anteriormente permite-nos defender que uma vez mais a relação e o somatório das competências, permitem uma análise no **diagnóstico, no planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores**, mais facilitada. Permitindo a este Enfermeiro Especialista (e finalmente) sobre a primeira competência destas competências, **aplicar capacidades clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos Cuidados de Enfermagem**, adaptando a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a sua otimização. Situação que foi realizada diariamente como perito e como chefe de equipa, mas que o CPLEE, com as aprendizagens e respetivas competências fizeram melhorar.

Terminaríamos esta análise reflexiva com o porquê desta ter acontecido como que em círculo. E sobre este assunto apraz defendermos que a interligação destas e das

anteriores competências são demasiado evidentes e sinérgicas para que o fazermos doutra forma. No seguimento deste pensamento, gostaríamos de em primeiro lugar fazer valer importância de cada uma das competências anteriormente observadas e analisadas. Mas acrescentarmos que a soma de todas estas e outras competências será sempre maior que a soma das suas partes, pois incluirá decerto o fortalecimento da relação entre elas, não se tratando de matemática, mas sim de Pessoas e competências que eventualmente ganharam solidez num contexto profissional e académico que inclui um conhecimento experiencial de quase duas décadas, bem como do contributo dos vários momentos de aprendizagem. Momentos que foram determinantes para a aquisição de conhecimento científico, para a utilização de recursos instrumentais que fazem desenvolver uma prática diária de uma Enfermagem assente na reflexão e na evidência. Momentos que permitem- nos no nosso dia-a-dia **ter em conta as respostas humanas aos processos de vida e os problemas de saúde**, procurando os **níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão**, pois porque a nossa **autonomia**, assim como a importância do que fazemos **é refletida em qualquer tomada de decisão**, e está **inevitavelmente ligada à nossa capacidade e ao compromisso pelo mandato social que assumimos**.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

**R**elatar ou construir um relatório de acordo com qualquer dicionário de língua portuguesa será, simplesmente,



expor sobre uma atividade. Ou se considerarmos a etimologia da palavra, que deriva do latim *relatar* + *ório*, significará exposição circunstanciada e objetiva do que se observou e/ou analisou. Ainda assim, poderemos dizer que poderá até ser simples nas palavras mas muito complexo em construção, pois fazer este relatório passou por fazer um forte exercício à memória, que correu sérios riscos de ser minimizador do que realmente aconteceu. Contudo, tentámos com uma mão cheia de vontade agarrar o máximo de água ao segurar neste oceano de acontecimentos que o tempo fez acontecer.

Com estas palavras finais gostaríamos de salientar que o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica é um passo muito importante para o estudante Enfermeiro. Poderemos acrescentar que neste percurso de aprendizagem, o tempo, no nosso entender mostrou duas faces distintas, uma dificultadora pela sua extensão ou quantidade, que resultou num processo exaustivo. Uma outra facilitadora, na permissão de vários momentos de reflexão que converteram-se num enriquecimento deste mesmo processo. Seguro, será dizermos que os objetivos foram atingidos e que aconteceu uma vez mais APRENDIZAGEM, esperando que tenham sido apresentados fundamentos para a aquisição das competências necessárias à atribuição do título de Mestre.

Será contudo importante dizer que num **olhar atento a este projeto** realizado há sensivelmente um ano, que teve como meta a **melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa doente submetido ao transporte para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia**, que contou com o apoio essencial de tutores, Enfermeira Chefe do serviço e colegas, bem como o suporte basilar da família e amigos.

Durante a sua realização vivenciámos alegria pela forma e pelos resultados de um esforço partilhado, pela **identificação de situações de risco de Pessoas doentes transportadas para a realização de técnicas pneumológicas e no reconhecimento de problemas e/ou obstáculos** nestes mesmos transportes. E nestes meses foi realizado

investimento no reconhecimento de sinais de risco clínico, no sentido de minimizar as situações que possam fazer perigar a vida das Pessoas doentes. Neste tempo, várias foram as formações teóricas e práticas realizadas no serviço que promoveram a atenção e o desenvolvimento de capacidades para a deteção de situações de crise.

Também será importante dizer-se que o projeto poderá eventualmente ter tido alguns efeitos secundários positivos, pois não se tratando de uma avaliação, poderemos dizer que os colegas, em transportes posteriores ao projeto, demonstraram mais atenção na avaliação clínica e na apreciação de eventual transporte com acompanhamento de Enfermeiro e /ou Médico. A elaboração deste relatório, bem como o momento de reflexão que lhe esteve associado, serviu ainda para questionar a Chefia do Serviço sobre as referidas sugestões, ao que se concordou para breve uma reunião para dar continuidade a futuras fases de implementação.

Gostaria neste fim que se aproxima, de fazer uma breve passagem pelo conceito do **fenómeno mudança**, pela importância que foi assumindo ao logo deste percurso. Este fenómeno foi e continua a ser um fascinante objeto de estudo das várias ciências sociais, existindo uma grande variedade de ideias e teorias sobre o como e o porquê se constitui. É consensual na atualidade afirmar-se que mudança ou transformação pressupõe uma alteração de um estado, modelo ou situação anterior, para um estado, modelo ou situação futuros, por razões que poderão ser inesperadas, incontroláveis ou planeadas e premeditadas.

São muitos os lugares onde a mudança poderá acontecer: mudança de paradigma, mudança organizacional ou mudança de Pessoa a Pessoa. Estão assim descritos vários tipos de mudança, podendo esta ser entendida como profunda ou incremental, também designada por Weick e Quinn (1999) como mudança episódica ou contínua.

A mudança profunda é de tipo estratégico, representando uma rutura com os padrões existentes. Ao ser descontínua, encontra-se associada a mudanças de longo prazo conduzindo a uma mudança estratégica. A mudança incremental possui um carácter mais operacional encontrando-se relacionada com os sistemas, procedimentos, estruturas ou tecnologias que têm efeitos de curto prazo nas organizações onde são empreendidas, mas cujo impacto é de grande importância para o sucesso da organização.

Nas Pessoas a mudança, advoga L.Wright e M. Leahey (2000) pode ocorrer nas áreas cognitiva, afetiva ou comportamental. Desta forma e concordando com Bateson, Maturana e Varela os mesmos autores defendem que esta está constantemente a acontecer, mesmo que por vezes não se tenha consciência da sua existência. É chamada de mudança contínua ou espontânea que acompanha os estágios de desenvolvimento individual e familiar. No entanto, acrescentam que situações ou contextos de vida tais como desempregos, divórcios, doenças ou morte de um membro da família, ao assumirem uma evidente importância nos envolvidos poderão ser facilitadores a um ambiente favorável à transformação.

Será contudo importante, ainda, salientarmos a dificuldade da mudança nos ambientes complexos, em que alguns estudiosos dedicaram algum do seu tempo à gestão do imprevisível, Weick (2001) considera que se pode aprender através da observação de organizações altamente fiáveis, como por exemplo as do controle do tráfego aéreo, os bombeiros com equipamentos nucleares, os negociadores de reféns e as equipas de emergência.

Este mesmo autor descreve como principais características que distinguem estas organizações: a preocupação com a falha no encorajamento da notificação do erro, a relutância face à simplicidade ao encarar o inesperado, a sensibilidade nas operações, a resiliência na tentativa de implementação de medidas que antecipem as falhas e por último, a deferência com a *expertise*, que através do cultivo da diversidade ajuda a lidar com a complexidade. Acrescenta que o sucesso destas organizações assenta nos seus colaboradores atuarem através de uma inteligência ativa (*mindfulness*), sendo que esta os capacita na gestão de eventos inesperados. Citando Nunes (2007, p.24) “ *a segurança passa: por bem fazer, de acordo com standards de excelência, conhecimentos atualizados e competências na ação; com as pessoas (dotações) certas; do modo correto; em ambiente seguro, com os meios necessários*”.

Em síntese: Não se avizinham facilidades, mas podermos ter encontrado o caminho. Um caminho de qualidade e segurança. Quanto ao risco será essencial a consciencialização de que em todas as nossas ações desde a entrada da Pessoa doente no serviço, até ao seu momento da alta deve ser antecipado o risco, no sentido de minimizar as suas consequências.

Fazer triar situações num continuum da ação da entidade hospitalar, da porta do Serviço de Urgência, até ao momento da alta hospitalar. Fazer incluir e estender as

boas práticas ao diagnóstico precoce dos sinais de gravidade, passando pela prevenção do acontecimento crítico. E quem sabe, se possível, um dia generalizar esta monitorização do risco e fazer relacionar o acompanhamento do pós-alta em consulta, em que o que determina o regresso ao hospital não seja suportado numa agenda de papel, mas sim em CIÊNCIA SOBRE RISCO. Porque em determinados momentos não somos todos iguais e dependendo da sua situação clínica, cada Pessoa Doente necessitará de intervalos diferentes entre as suas consultas. Talvez alguém veja utilidade (financeira) nesta medida e a faça desenvolver e aplicar... para nós Enfermeiros do século XXI, será importante considerar também os aspetos económicos nas nossas ações, mas sem nunca perder de vista a nossa razão principal: A SAÚDE DAS PESSOAS. Tomando como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue<sup>30</sup>.

Nós, Enfermeiros teremos sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. Porque os Cuidados de Enfermagem são assim, compostos de múltiplas ações e apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de pequenas coisas que dão possibilidade de manifestar uma grande atenção ao seu beneficiário (e seus familiares) ao longo das vinte e quatro horas do dia (Hesbeen, 1997).

---

<sup>30</sup>ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) in: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual. Conselho de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

AMARAL, Elizabete et Al – **Transporte do Doente Crítico**. Setúbal: 2007. Trabalho de Investigação apresentado no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde no contexto da Pós Graduação em Enfermagem Médico – Cirúrgica - Urgência e Emergência

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. ISBN 972-44-0898-1.

BECKMANN, U. et Al – Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*. Aug. Vol. 30, N. ° 8 (2004), p. 1579-1585.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001

BERBEL, Neusi – **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: Diferentes termos ou diferentes caminhos**. Interface- Comunicação, Saúde, Educação 2. Londrina. Vol.2, nº2 (1998), p.139-154.

CANÁRIO, Rui - **Educação de adultos: um campo e uma problemática**. Lisboa: Educa, 1999.

CANÁRIO, Rui. - **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003.

CANÁRIO, Rui - **A Aprendizagem ao longo da vida: Análise crítica de um conceito e de uma política**. Lisboa: FPCE (texto policopiado), 2001

CANÁRIO, Rui. - **Educação de adultos: um campo e uma problemática**. Lisboa: Educa, 1999.

CAPALDO, Daniel; GUERRERO, Vander; ROZENFELD, Henrique – **FMEA (Failure Model and Effect Analysis)**. [Consult. 23 Maio 2010]. Disponível em: [http://www.numa.org.br/conhecimentos/conhecimentos\\_port/pag\\_conhec/FMEAv2.html](http://www.numa.org.br/conhecimentos/conhecimentos_port/pag_conhec/FMEAv2.html)

CARVALHO, Lima. **Sobre o conhecimento geral e específico: destaques substantivos e adjectivos para uma epistemologia de enfermagem**. Escola Anna Neryde Enfermagem, n.º 11, vol. 2, Junh 2007, p.337-342

CHIAVONE, Paulo; ZUCHELO, Lea – Transporte intra - hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorespiratórias e eventos adversos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, (2009). [Consult. 20 Out. 2010]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000400011)

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - Livro Branco. **Juntos para a Saúde: Uma Abordagem Estratégica para a UE (2008-2013)**. Bruxelas. (Outubro 2007



COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida, Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Lidel Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-757-109-3.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Cuidar... A primeira arte da vida.** 2.ªed. Loures: Lusociência, 2003.

COSTA et AL - **FMEA - Transporte Intra – hospitalar de um doente crítico: Riscos associados à via aérea.** Setúbal: 2010 Trabalho apresentado no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde no contexto do I CPLEE MC na Unidade Curricular Ambientes de Saúde

COSTA et AL - **Estudo Piloto - Transporte do doente crítico adulto: Que critérios estão subjacentes na tomada de decisão do enfermeiro responsável?** Setúbal: 2010 Trabalho apresentado no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde no contexto do I CPLEE MC na Unidade Curricular de Investigação

COSTA et AL - **Projecto de Intervenção Organizacional - Boas Práticas no Transporte do Doente Critico Adulto.** Setúbal: 2010 Trabalho apresentado no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde no contexto do I CPLEE MC na Unidade Curricular de Gestão de Processos e Recursos

DAY, Darcy - Keeping Patients Safe During Intrahospital Transport. **Critical Care Nurse**, Vol 30, No. 4, (Agosto 2010). [Consult. 10 Out. 2010], Disponível em: <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C104.pdf>

DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade.** Coimbra: Edições Almedina. SA., 2008. ISBN 978-972-40-3401-0

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL - **Recomendações 2010 para a Reanimação.**2010.

ESCOVAL, Ana – Segurança nos cuidados de Saúde - Papel das ordens profissionais. Segurança nos cuidados. **Ordem dos Enfermeiros.** ISSN 1646-2629, nº 24, (Fevereiro 2007), p. 48-50.

FAIA, Isabel e SILVA, Rubina – **Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros dos SU Periféricos no Transporte do doente Crítico para o SU Hospitalar.** Região Autónoma da Madeira: 2008. Trabalho de Investigação apresentado na Universidade Atlântica – Colégio de Pós – Graduações – Pós Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar.

FERDINANDE, P. – Recommendations for intra-hospital transport of the severely head injured patient. Working Group on Neurosurgical Intensive Care of the European Society of Intensive Care Medicine. **Intensive Care Medicine.** Vol. 25, Nº 12 (1999), p. 141-143.

FERNANDES, R; LOPES, S – Uma breve revisão do atendimento Pré – Hospitalar. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto. nº 32 (1999), P.381 - 387

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação, da concepção à realização**. 5ªed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972- 8383-10-7

FRAGATA, José; MARTINS, Luís – **O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, SA, 2004. ISBN 972- 40-2347-8

FRANÇA, Margarida - Qualidade, Gestão do Risco e Segurança do Doente. *In* 2.º CONGRESSO INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS QUALIDADE E INOVAÇÃO EM SAÚDE. 2008. [Consult. 20 Out. 2010]. Disponível em: <http://www.apdh.pt/NR/rdonlyres/88BC1681-493B-4D0C-B9E5-B13F71163A19/13771/2CIHMargaridaFran%C3%A7a.pdf>

FREDERICO, M. e LEITÃO, M.<sup>a</sup> Anjos- **Princípios de Administração para Enfermeiros**. Lisboa: Edições Sinais Vitais, 1999

GILLES, *et al* - Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. **Critical Care** (2010) [Consultado em 20 de Março de 2011]. Disponível em: <http://ccforum.com/content/14/3/R87>

GILLMAN, L. *et al* – Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the emergency department to the intensive care unit. **Emergency Medical Journal**. Nov. Vol.23, Nº 11 (2006), p. 851-861.

GOMES, M. e SOTTO-MAYOR, R.- Tratado de Pneumologia – **Sociedade portuguesa de pneumologia** (Vol. II). Lisboa: Permanyer Portugal, 2003. ISBN 972- 733-140-8

GRAY, A.; BUSH, S.; WHITELEY, S. – *Secondary transport of the critically ill and injured adult*. **Emergency Medical Journal**. May, Vol. 21, Nº 3 (2004), p. 281-285.

GRUPO DE TRABALHO URGÊNCIAS. **Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes**. 2006. [Consultado em 30 de Outubro de 2010]. Disponível em: [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads\\_HEPE/producaoqualidade/livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producaoqualidade/livro%20urgencias%202006.pdf).

GUPTA, S. *et al* – Guidelines for the transport of critically ill patients. **Anesthesiology & Intensive Care**. April-June, Vol. 6, Nº 2 (2004), p. 109-112

GUERRA, Isabel – **Introdução à Metodologia de Projecto**. Lisboa. 1994

GUERRA, Nelson – **Da rua ao Hospital – As (Des) continuidades do Sistema Integrado de Emergência Médica**. Lisboa: 2002. Tese apresentado no Instituto Universitário de Lisboa - ISCTE no âmbito do Mestrado de gestão dos Serviços de Saúde

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital, Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

INÁCIO, M<sup>a</sup> Joana de Santos - **Aprender a Aprender no Processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (RVCC): Estudo de Caso Duplo**. Lisboa: 2009. Mestrado em Educação. Universidade de Lisboa. Faculdade de ciências.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Manual de Viatura de Emergência e Reanimação – Protocolos de Actuação**. Tomo I. 2<sup>a</sup> Edição. Lisboa 2000

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – Via verde para a vida newsletter do INEM. **Comunicação para a vida**. Lisboa. ISSN 1645 – 3751 nº19 (2007), p.1 – 11.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Censos 2011 - Resultados Provisórios**. Dezembro 2011. Disponível em: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011\\_apresentacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao)

INTENSIVE CARE SOCIETY – **Guidelines for the transport of the critically ill adult**. 3rd Edition. 2011 [Consult. 27 Out. 2012]. Disponível em: [http://www.ics.ac.uk/professional/guidance\\_transport\\_3\\_3](http://www.ics.ac.uk/professional/guidance_transport_3_3)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Classificação Portuguesa das Profissões 2010**. Lisboa. 2011. ISBN 978-98-25-0010-2

JOHNSON, K.G. – Critical care transport a lifesaving intervention. *Critical Care Nursing*. Vol. 26, Nº 1 (2006), p. 77-80.

JUNIOR, Gerson; CARVALHO, Júlia; FILHO, Arnóbio; MALZONE, Daniela; PEDERSOLI, César -Transporte Intra - hospitalar do paciente crítico. **Medicina**. Ribeirão Preto. (2007). P. 500-508 [Consult. 21 Set.2010]. Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/2\\_transporte\\_intrahospitalar\\_paciente\\_critico.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/2_transporte_intrahospitalar_paciente_critico.pdf)

LOPES - **Supervisão e Avaliação da Formação. Metodologias para a Avaliação de Competências no Processo Formativo**. Salamanca: 2010. Universidad de Salamanca. **Facultad de Educación**

LOVELL, M.A.; MUDALIAR, M.Y.; KLINEBERG, P.L. – Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties. **Anesthesia Intensive Care**. Aug. Vol. 29, Nº 4 (2001), p. 400-405.

MACHADO, Pedro – **Transporte Doente Crítico – Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência**. Monografia apresentada na Universidade Fernando pessoa – Faculdade Ciências da Saúde. Ponte Lima. 201

MAZZA, Bruno, Franco, *et al* – Safety in intra-hospital transportation of respiratory and hemodynamic parameters. A prospective cohort study. *São Paulo, Medical Journal*. Vol. 126, Nº 6 (2008), p. 319-322.

MISHEL, Merle - **Incerteza da Doença**. 1988. [Consultado 17 Janeiro 2013]. Disponível em: <https://sites.google.com/a/northgeorgia.edu/merle-mishel-middle-range-nursing-theorist/home/uncertainty-of-illness>

NOVAK, Joseph - **Aprender, criar e utilizar o conhecimento**. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000. ISBN: 972-707-279-8

NÓVOA, António - **A Formação tem que passar por aqui: As histórias de vida no Projecto Prosalus**, in António Nóvoa e Matias Finger: **O Métedo autobiográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS,1998

NUNES, Fernando – Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. **Nursing**, Lisboa. ISSN 0871-6196, nº 246, (Junho de 2009) 40-46

NUNES, Lucília – **Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978 – 972 – 8930 – 67 – 7.

NUNES, Lucília – **Ética: Raízes e Florescências em todos os Caminhos**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978 – 972 – 8930 – 47 – 9.

NUNES, Lucília - Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados – Perspectiva do Conselho Jurisdicional. Segurança nos cuidados. **Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629, nº 24, (Fevereiro 2007) 18-24

NUNES, Lucília – **Justiça, Poder, Responsabilidade: Articulação e Mediações nos Cuidados de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972 – 8930 – 17 – 8.

NUNES, Lucília - Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem. In II CONGRESSO ORDEM DOS ENFERMEIROS. Maio 2006

NUNES, Lucília – **Um Olhar sobre um ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lta, 2003. ISBN: 972-8383-30-4

NUNES, Lucília – «Cinco Estrelas»: acerca das competências morais no exercício da Enfermagem. **Nursing**. Nº171, (Novembro 2002).

NUNES, Pedro - Segurança nos cuidados de saúde - Papel das Ordens. Segurança dos Cuidados. **Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629, nº 24, (Fevereiro 2007) 36-39

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS - **Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias** (2011). Disponível em: [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2011.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa (2010)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Lisboa (2010)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades clínicas em Enfermagem**. Lisboa. (2009).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Linhas de Orientação de Catálogos CIPE. Programa de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa. (2009). ISBN da versão Portuguesa: 978-989-96021-6-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Aprovado pelo Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa. (2009).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Tomada de posição do Conselho Jurisdicional sobre segurança do cliente**. ISSN 1646-2629, nº 22, (Junho 2006), p.16-22. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem**(2006).Disponível em: [https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/AreasPrioritariasInvestigacao\\_CFormacao\\_Final\\_19\\_Marco-1.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/AreasPrioritariasInvestigacao_CFormacao_Final_19_Marco-1.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos**. Lisboa. (2005).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **CIPE versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem**. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). ISBN92-95040-36-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Divulgar. Lisboa. (2003)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Divulgar. Lisboa. (2002)

ORDEM DOS MÉDICOS; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - **Transporte de doentes críticos: Recomendações**. Ed. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos (2008).

PAPSON, J.P.N., RUSSELL, K.L.; TAYLOR, D.M. – Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. **Academic Emergency Medicine**. Jun. Vol.14, Nº 6 (2007), p. 574-577.

PEREIRA, Helder - **Gestão de Risco em Angioplastia Primária**. Lisboa: 2009. Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

PORRAS, Jerry – **Stream Analysis: A Powerful Way to Diagnose and Manage Organizational Change**. Addison- Wesley Publishing Company. 2002. ISBN 0-201-05693-3

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - **PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004 - 2010: Mais Saúde para Todos**. Lisboa: 2004

PORTUGAL – Entidade Reguladora da Saúde - **Estudo e Avaliação do sector do Transporte Terrestre de Doentes**. Porto: 2007. Disponível em: [http://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/108/200731583312842202\\_original\\_rel.pdf](http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/108/200731583312842202_original_rel.pdf)

PORTUGAL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde**. Despacho n.º 14223/2009. (Junho 2009)

SANTOS, D.; FERREIRA, S. – Transporte do doente crítico, papel do Enfermeiro. **Boletim de Enfermagem Hospital de S. José**. Lisboa. Nº12 (Outubro 2001), p.4-5.

SHIRLEY, P.J.; BION, J.F. – Intra-hospital transport of critically ill patients: minimizing risk. **Intensive Care Medicine**. Vol. 30, Nº 8 (2004), p. 1508-1510.

SILVA, L ; APARICIO, P. – **MIE III – Ergonomia Hospitalar**. [Consultado 5 Maio 2007] Disponível em: [www.home.fmh.utl.pt/alo7353/FMH/INEM.doc](http://www.home.fmh.utl.pt/alo7353/FMH/INEM.doc)

SMITH e LIEHR - **Middle Range Theory for Nursing**. Second Edition. Springer Publishing Company, LLC. New York. 2008. Disponível em: [http://www.amazon.com/Middle-Range-Theory-Nursing-Second/dp/0826119166#reader\\_0826119166](http://www.amazon.com/Middle-Range-Theory-Nursing-Second/dp/0826119166#reader_0826119166),

SOCIEDADE PORTUGUESA CUIDADOS INTENSIVOS – **Guia para o Transporte Doentes Críticos**. Documento Guia. 1997. Disponível em: [www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)

STEVENSON, V.W.; HAAS, C.F.; WAHL, W.L. – Intrahospital transport of the adult mechanically ventilated patient. **Respiratory Care Clinics of North America**. Mar. Vol. 8, Nº 1 (2002), p. 1-35.

SZEM, J.W. *et al* – High-risk intrahospital transport of critically ill patients: safety and outcome of the necessary “road trip”. **Critical Care Medicine**. Oct. Vol. 23, Nº 10 (1995), p. 1660-1666.

THOMPSON et ALL – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda., 2004. ISBN 972 – 8383-67-3

TOMEY et ALLIGOOD – **Teóricas de Enfermagem**. Loures: Lusociência. – Edições Técnicas e Científicas Lda., 2004. ISBN 972- 8383 – 74 – 6

RIBEIRO, Célia - **Mudança Organizacional e Sistemas de Informação na Saúde**. Lisboa: 2009. Tese apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

RICE, D.H.; KOTTI, G.; BENINATI, W. – Critical care transport and austere critical care. **Critical Care**. Vol.12, Nº 2 (2008), p. 207-214.

RUIVO, M<sup>a</sup> Alice et all – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**. ISSN 1646-5067. Nº15 Janeiro - Março (2010)

VEIGA, João – **Ética em Enfermagem. Análise, Problemática e (Re)construção**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972- 796-218-1

WAYDHAS, Christian – Intrahospital Transport of critically ill patients. **Critical Care** (1999), p. R83-R89

WADDELL, G. - Movement of critically ill patients within hospital. **British Medical Journal**. Vol. 2, Nº 5968 (1975), p. 417-419.

WARREN, Jonathan; *et al* – Guidelines for the inter-and intrahospital transport of critically ill patients. **Critical Care Medicine**. Vol.32, Nº 1 (2004), p. 256-262.

WEICK, K. E QUINN, R. - **Organizational Change and Development: Annual Revision Psychology**. 1999

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks**. (2009). ISBN 978 92 4 156387 1

WORLD HEALTH ORGANIZATION- **The Global Burden of Disease: 2004 Update**. (2008). ISBN 9789241563710

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **World Health Report 1999: Making a Difference**. (1999). ISBN 92 4 156194 7

WRIGHT, L; LEAHEY, M – **Enfermeiras e Famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família**. 3<sup>a</sup> Edição. Brasília: Copyright, 2000.

YEUNG, K.L.; *et al* –Knowledge of inter-facility among emergency nurses in Hong Kong: A questionnaire survey. **International Emergency Nursing**. July, Vol. 16, Nº 4 (2008), p. 159-164.

ZACARIAS, João – Responsabilidade do Enfermeiro no transporte de doentes. **Boletim de Enfermagem Hospital de S. José**. Lisboa. Nº3 (Abril 2000) 6-7

ZANGARI, M; BERGARA, J. O Enfermeiro (a) da Pós-modernidade. **Saber académico**. N.º 10 (Dez. 2010). ISSN 1980-5950.

ZUCHELO, Lea, Tami, Suzuki; CHIAVONE, Paulo António – Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Vol. 35, Nº 4 (2009), p. 367-374.



## **APENDICE 1 – Artigo Científico - A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas**

---

### **A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para realização de Técnicas Pneumológicas**

**Nuno Oliveira<sup>1</sup> Alice Ruivo<sup>2</sup>**

**Resumo:** A Segurança assume-se, por várias vias, como um dos pilares da qualidade dos Cuidados de Saúde. Desde 2002 que a Organização Mundial de Saúde considera que a incidência de eventos adversos é um desafio para a qualidade e causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável. Este artigo apresenta um Projeto de Intervenção desenvolvido num Serviço de Pneumologia da Sub-Região Lisboa e Vale do Tejo e assentou num Estudo Exploratório Descritivo em que o objetivo passou por identificar situações críticas que pudessem interferir com a segurança das Pessoas doentes aquando da realização de técnicas ou exames no exterior do serviço. As conclusões deste trabalho identificaram situações de risco, bem como obstáculos que vão desde as complicações ou gravidade das Pessoas Doentes, passando por dificuldades organizacionais, pela disfuncionalidade do material e deficitário planeamento dos materiais para o transporte. O estudo apresenta propostas de ordem organizacional sob forma de *Stream-Analysis*, bem como sugestões de procedimento sob forma de diagramas numa tentativa de minimizar falhas, simplificar processos, impondo barreiras ao risco fortalecendo as medidas de segurança das Pessoas doentes.

**Palavras-chave:** Segurança dos Cuidados, Risco, Transporte

**Abstract:** Safety has been assumed in many ways as one of the pillars of quality in Health Care. Since 2002, the World Health Organization considers that the incidence of adverse events is a challenge for the quality and important cause of human suffering, which could be avoidable. This paper presents an Intervention Project developed in the Department of Pneumology of an Hospital in Region of Lisbon and Tejo Valley, and became a Descriptive Exploratory Study on the main goal went to identify critical situations that could interfere with the safety of ill people when carrying out technical examinations outside their clinical unit. The conclusions of this study identified risk situations and obstacles ranging from complications or severity of Sick People to organizational difficulties, the dysfunctional material and deficient planning of materials for the transport. The study has proposed an organizational form of Stream-Analysis and procedure suggestions in the form of diagrams in an attempt to minimize failures, simplify processes, imposing barriers to risk strengthening the security measures of the patients.

**Keywords:** Health Care Safety, Risk, Transport

## Introdução:

A atualidade coloca problemas de sustentabilidade a todos os Sistemas de Saúde Europeus, em particular ao Português. Impera uma necessidade de combinar equidade e eficiência. Um serviço de saúde com qualidade é, para França (2008), citando a OMS (2008) aquele que organiza os seus recursos da forma mais efetiva em resposta às necessidades sentidas, com **segurança**, sem desperdício e de acordo com padrões de elevado nível e respeito pelos direitos humanos.

A **Segurança** nos Cuidados de Saúde assume-se por várias vias como um dos pilares da qualidade. São várias as entidades que se fazem ouvir na defesa deste tema, em 2002, a Organização Mundial de Saúde faz referência à incidência de eventos adversos como um desafio para a qualidade dos cuidados. Posteriormente, em 2004, esta mesma organização, através da *World Alliance for Patient Safety* define áreas de atuação estratégicas, das quais destaca a Investigação para a **Segurança das Pessoas Doentes**.

O **Transporte da Pessoa em situação crítica** é entendido como uma medida de recurso e estritamente necessária à condição clínica da Pessoa Doente que deverá obedecer ao princípio de que os benefícios se sobrepõem aos riscos. E ainda assim, se necessário, o transporte só deverá acontecer preferencialmente após a estabilização clínica da Pessoa a transportar (Intensive Care Society, 2011). O transporte de Pessoas Doentes pode ser designado de várias formas: **Primário, ou Pré-Hospitalar** que acontece desde a ocorrência da situação que motiva o transporte até ao hospital; **Secundário ou Inter-Hospitalar**, ou seja, entre instituições diferentes em que este se torna necessário quando a Pessoa Doente necessita de cuidados que não existem no hospital onde se encontra. Ou poderá ser designado de **terciário ou Intra-Hospitalar**, em a Pessoa Doente se ausenta do serviço para realizar exames de diagnóstico e/ou para intervenções terapêuticas (SPCI, 2008). Sendo do conhecimento suportado por vários estudos internacionais que estes transportes apresentam dificuldades e efeitos adversos, acarretando riscos à Pessoa Doente. Gilles, *et al* (2010) fizeram uma revisão sistemática sobre o Transporte intra-hospitalar de Pessoas em Situação Crítica em que as bibliografias de referência dos artigos selecionados estavam no período compreendido entre 1998 e 2009.

Existem recomendações internacionais para o Transporte da Pessoa em situação crítica, que a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (1997) (2008) adotou para Portugal. No entanto, a sua aplicação no terreno ainda continua muito incipiente havendo por isso necessidade de maior sensibilização das organizações de saúde para esta matéria.

Este **Projeto de Intervenção** intitula-se de **A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para realização Técnicas Pneumológicas**. A sua génese aconteceu no I Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Setúbal (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), num estágio realizado no Serviço de Pneumologia de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, que decorreu num período de quinze semanas (12 de Janeiro e 22 de Maio de 2011), com o objetivo de identificar uma problemática clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O interesse por esta área do **Transporte de Pessoas doentes** nasceu em 2007, aquando da realização da Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Urgência /Emergência) na ESS. O contexto nacional do momento

coincidia com o início das mudanças estruturais do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente com a reestruturação dos hospitais (e suas valências) e consequentemente a necessidade do transporte de Pessoas Doentes aumentava, sendo este um assunto em ascensão. Arriscaríamos defender que os anos vieram empolgar o significado desta problemática, mantendo a sua pertinência. Este estudo foi também alimentado pelo testemunho do agravamento clínico de algumas Pessoas Doentes no decurso do processo que envolvia o transporte para a realização de técnicas pneumológicas. Desta forma, a sua intenção passou por identificar pontos nevrálgicos em todo o processo destes transportes.

## **Desenho de Investigação**

Este trabalho assentou num Estudo Exploratório Descritivo. Recorreu-se para a análise quantitativa ao Programa Informático de SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). A análise qualitativa foi realizada com recurso à análise de conteúdo segundo Bardin (1977).

Para a obtenção de dados recorremos à observação direta, num período de seis semanas, de momentos prévios e posteriores à realização exames pneumológicos. Para tal construímos uma grelha de observação<sup>31</sup> que teve como base teórica uma adaptação da Escala de Etxebarria et. al. (1998), tendo seis itens relativos à condição clínica da Pessoa Doente. Incluída a via aérea, a respiração, a avaliação hemodinâmica, o estado de consciência, a utilização de medidas terapêuticas como a sedação / anestesia local e a existência de drenagem torácica. Este instrumento foi submetido a uma análise de peritos, que incluiu tutores e Enfermeira Chefe do Serviço. Em seguida procedemos à elaboração de um pré - teste que incluiu três situações de transporte e acompanhamento para a elaboração de exames. Após a apreciação pelos peritos e a aplicação do pré - teste, o instrumento revelou-se pertinente e claro, não existindo necessidade de alterações de conteúdo.

A população alvo do estudo foi as Pessoas Doentes internadas no Serviço de Pneumologia, sendo que a amostra em estudo foi não probabilística acidental e teve como critérios de inclusão:

- Estar internado no Serviço de Pneumologia no período temporal compreendido entre 3 Fevereiro e 18 Março 2011;
- Ser submetido a técnicas pneumológicas no mesmo período temporal;
- Aceitar participar no estudo

## **Discussão dos resultados**

Das características do objeto observado a amostra constituiu vinte e uma Pessoas Doentes, em que duas não realizaram exame por decisão médica e sem que estivesse relacionado com o seu contexto clínico. Porque houve procedimento de Enfermagem no período que antecederia o exame, optou-se por observar e portanto contabilizar o antes destas duas situações (15 e 21).

Numa breve caracterização da amostra podemos verificar que 57,1 % eram do sexo masculino, 42,9 % do sexo feminino. A faixa etária foi predominantemente entre 71 – 80 anos. Sendo que neste estudo participaram Pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 80 anos.

Destacamos da análise dos exames efetuados que 66,7% foram Broncofibroscopias Flexíveis, 9,5 % Toracoscopias, 4,8 % Toracenteses, 4,8 % BATT (**Biopsia Aspirativa Trans-Torácica**). Dos exames apresentados 42,9% foram acompanhados por Assistentes Operacionais e 42,9 % foram acompanhados por Enfermeiro e Assistente Operacional. Tendo-se verificado que por rotina não é feita uma avaliação rigorosa do risco das Pessoas que irão realizar exames, estando instituído no serviço (e no Hospital) que os transportes para o Bloco Operatório deverão ser feitos com a presença de Enfermeiro e para o Bloco de Exames é assumido na generalidade das vezes que é feito apenas por Assistente Operacional.

Relativamente aos dados observados e no que diz respeito ao padrão respiratório apresentamos o Gráfico 1 e 2

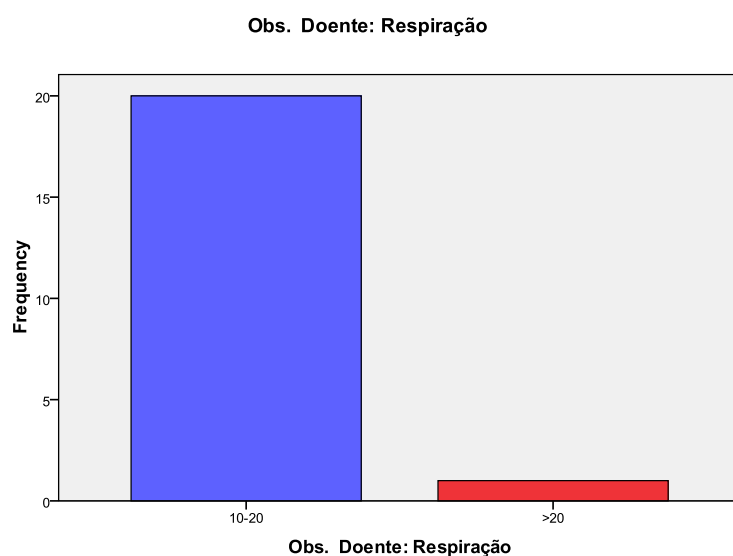


Gráfico 1 – Dados Observados - Respiração

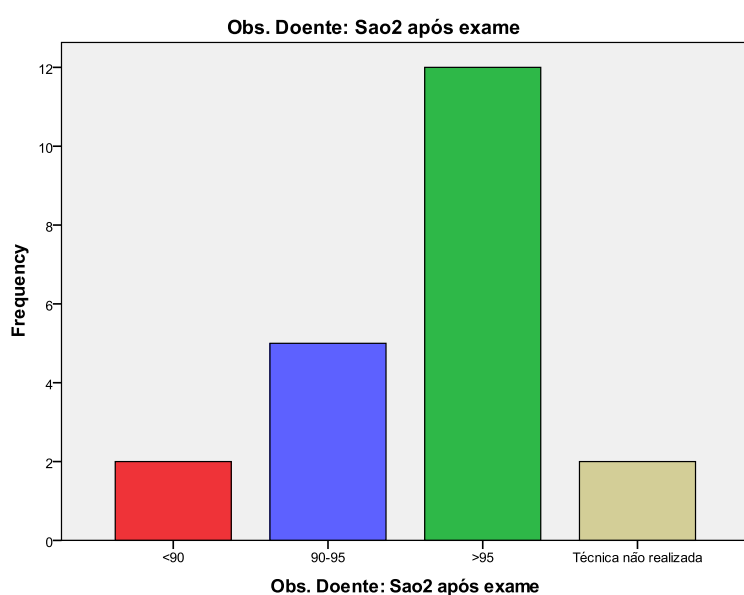


Gráfico 2 – Dados Observados – SaO2 após o exame

Registamos que, no antes e após do exame, apenas existiu numa situação (Situação 10), representando 4,8%, em que a Pessoa Doente apresentou valores de frequência respiratória acima de 20 ciclos respiratórios por minuto. Havendo nesta situação também repercussões na Sao2. No após exame apesar da inexistência de outras situações de alteração de frequência respiratória, existiu uma outra situação (Situação 11) em que a SaO2 baixou dos 90%. Será contudo importante assinalarmos que, quer antes quer depois dos exames, números próximos dos 50% tiveram necessidade da utilização de oxigenoterapia.

Em relação ao item do padrão circulatório, aqui representado com o Gráfico 3:

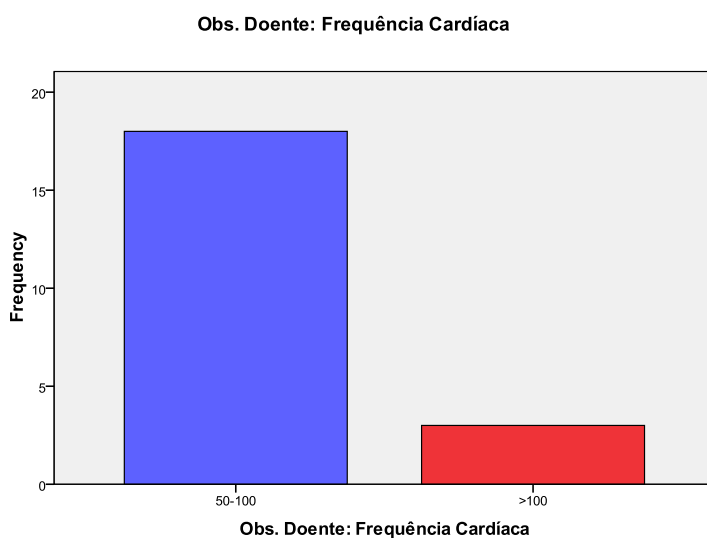


Gráfico 3 – Dados Observados – Frequência Cardíaca antes do Exame

Verificámos que, antes do exame, três situações (Situações 10, 16, 20) se encontravam com valores superiores a 100 batimentos cardíacos por minuto, o que representou 14,3%. De considerar que destas, apenas, a Situação 20 teve acompanhamento de Enfermeiro e Assistente Operacional, sendo que se tratava de um transporte para BO, confirmando-se uma vez mais a regra institucional. Considerando estas situações alteradas no após do exame, duas das situações melhoraram no após exame, o que ao relacionarmos com os demais dados, verificámos que nestas situações (com melhoria clínica) foram realizadas toracentese na situação 16 e uma toracoscopia na situação 20. Sendo que desta forma concluímos que o procedimento efetuado não foi apenas diagnóstico mas também de tratamento.

No que diz respeito à tensão arterial (sistólica) mostramos o Gráfico 4:

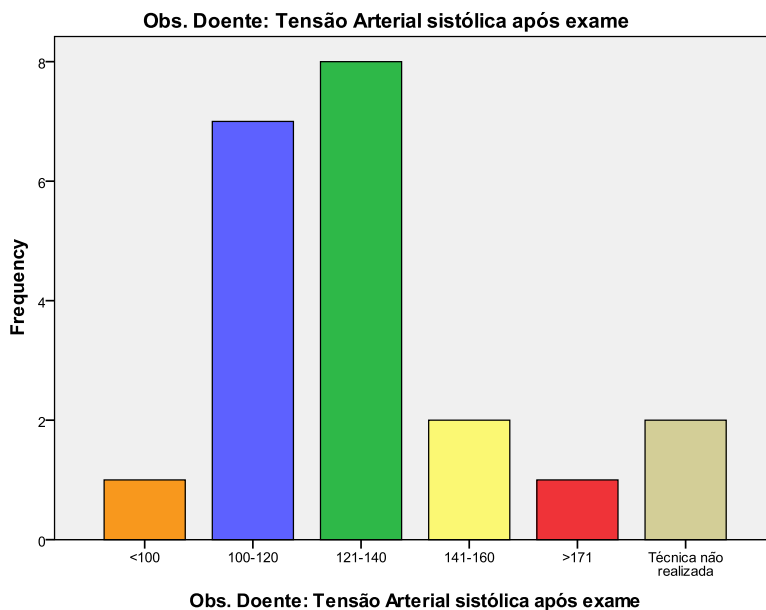


Gráfico 4 – Dados Observados – Tensão Arterial após o exame

Consideramos significativo sublinhar que no período que antecede o exame não existiram valores abaixo dos 100 mmhg, nem acima dos 171 mmhg. No entanto, no momento posterior ao exame, pudemos constatar uma situação (Situação 10), com valores inferiores a 100mmhg e outra situação (Situação 4) com valores acima de 171 mmhg representando ambas, 4,8% cada. Sendo que a segunda, a identificámos como um quadro de Edema Agudo do Pulmão no contexto pós exame. Pudemos constatar que este transporte havia sido realizado somente por Assistente Operacional. Consideramos contudo, importante mencionar que esta situação (de acordo com as notas de campo) foi prontamente identificada, à chegada ao serviço, pela Enfermeira Responsável da Pessoa Doente, necessitando de medidas de suporte que exigiram a presença de Médico.

Posteriormente a uma breve apresentação dos dados mais significativos da observação analisámos estes mesmos dados tendo por base os estudos internacionais que serviram de suporte teórico. Pudemos verificar que o observado foi coincidente com alguns dos principais eventos adversos identificados por Gilles *et al* (2010). Em particular, também Waydhas (1999) ao analisar eventos adversos ocorridos no Transporte Doente Crítico Adulto (TDCA), concluiu que 70% dos eventos adversos ocorreram a nível cardíaco, ventilatório e de equipamentos. Mais tarde, Beckmann et al (2004) concluíram, num estudo chamado de *Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients*, que 31% dos incidentes resultam em distúrbios fisiológicos. Será contudo, importantes salientar que ambos os autores recomendam vivamente a existência de protocolos de atuação. Papon et al (2007), num estudo intitulado *Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients*, verificaram que em 68% dos transportes ocorriam problemas hemodinâmicos, relacionado com equipamento, sedação inadequada e que três pacientes sofreram paragem cardiorrespiratória. Este autor fez especial referência à experiência de quem transporta como fator primordial.

Ao longo de mais uma década a evidência destes e outros estudos resultou numa consciencialização do risco. Como forma de complemento a esta análise,

após as observações realizadas, através dos dados recolhidos e com recurso à informação dos demais processos, elaborámos uma avaliação de todas as situações, calculando-se as ponderações de acordo com Etxebarria et al, para cada situação. Apresentado em seguida nos Gráficos 5 e 6:

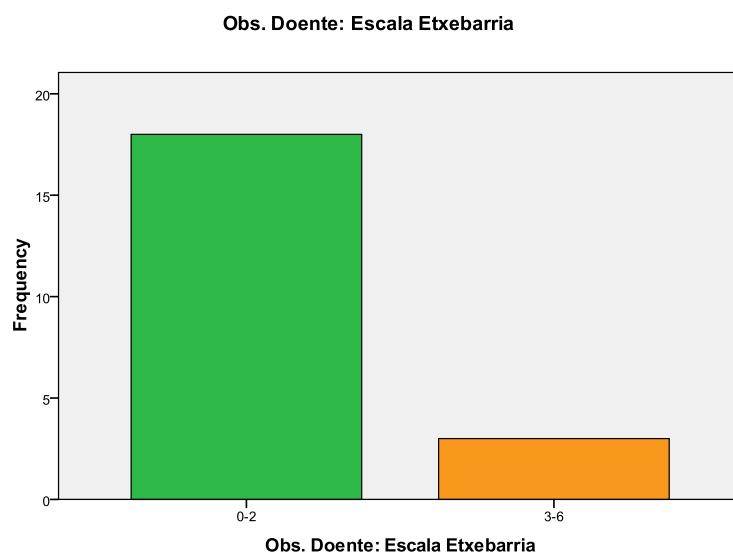


Gráfico 5 – Escala de Etxebarria antes do exame

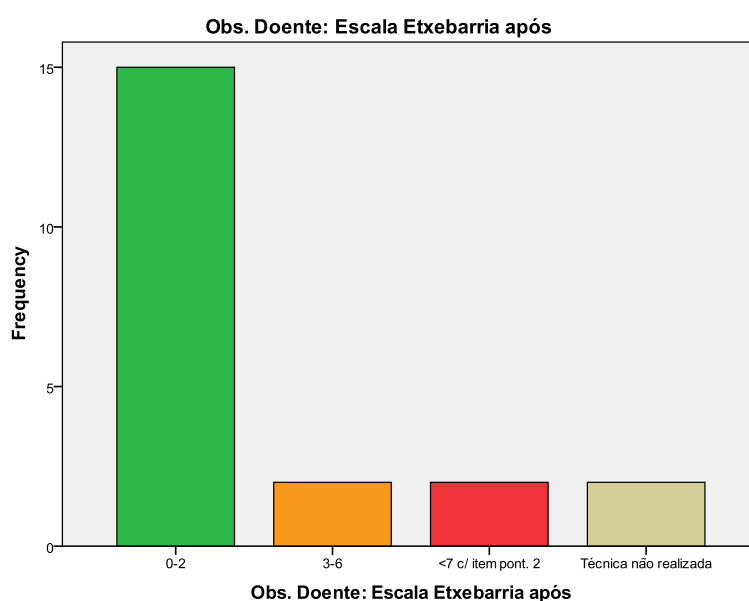


Gráfico 6 – Escala de Etxebarria após o exame

Consideramos importante evidenciar que antes do exame, três situações (Situações 10, 16, 20) que traduziram 14,3% estiveram classificados entre 3 e 6 de ponderação. No momento posterior ao exame observámos duas situações (Situações 4, 10), representando 9,5%, classificados entre 3 e 6 e ainda mais duas situações (Situações 9, 20) que são inferiores à ponderação 7, mas incluem item de ponderação dois. A estratificação de risco de Etxebarria inclui como fator de gravidade incidir-se na contabilização itens de ponderação dois, mesmo que com valor total inferior a sete. Defendendo nestas situações presença de

Enfermeiro e Médico. Estas Situações (9, 20) classificam-se desta forma pela presença de drenagem torácica (item 2).

Em resumo, constatámos que de acordo com estas ponderações as Pessoas Doentes deveriam ter sido transportadas com acompanhamento de Enfermeiro e Assistente Operacional. Sendo que destas situações que antecedem o exame (Situações 10, 16, 20) somente a última foi efetuada com a presença de Enfermeiro, sendo que se tratava de uma Pessoa doente a ser transportada ao Bloco Operatório, como referido. Das situações (4, 10) que foram posteriores ao exame, nenhuma teve acompanhamento de Enfermeiro.

Consideramos importante realçar que para estas situações de ponderação entre 3 e 6, em que se preconiza a presença de Enfermeiro, é também recomendado a monitorização de SaO<sub>2</sub>, ECG, FC, TA, assim como o recurso e a presença de materiais como: Insuflador manual, máscara facial e tubo orofaríngeo. Situação que nunca se verificou. Nas situações acompanhadas por Enfermeiro e Médico recomenda-se a monitorização de SaO<sub>2</sub>, ECG, FC, TA. Em relação aos materiais a utilizar nestes transportes preconiza-se a presença de monitor sinais vitais, ventilador de transporte e material para via aérea avançada. Ainda sobre este assunto, pudemos confirmar que o material utilizado no transporte em 62,5% das situações foi apenas o processo e 37,5% incluiu processo e bala oxigénio, verificando-se que mesmo nas situações de risco anteriormente referenciadas não envolveu a utilização de outro tipo de material ou recursos.

A estratificação de risco de Etxebarria inclui como fator de gravidade incidir-se na contabilização itens de ponderação dois, mesmo que com valor total inferior a sete. Defendendo nestas situações presença de Enfermeiro e Médico. Estas Situações (9, 20) classificam-se desta forma pela presença de drenagem torácica (item 2). Consideramos, uma vez mais importante realçar que para estas situações de ponderação entre 3 e 6, em que se preconizam a presença de Enfermeiro, é também recomendado a monitorização de SaO<sub>2</sub>, ECG, FC, TA, assim como o recurso e a presença de materiais como: Insuflador manual, máscara facial e tubo orofaríngeo. Situações que nunca se verificaram.

Podemos conferir, na observação dos dados, que o material utilizado no transporte em 62,5% das situações apenas foi o processo e 37,5% incluiu processo e bala oxigénio, verificámos que mesmo nas situações de risco anteriormente referenciadas não envolveu a utilização de outro tipo de material ou recursos. Acrescentamos que nas situações acompanhadas por Enfermeiro e Médico recomenda-se para além da monitorização de SaO<sub>2</sub>, ECG, FC, TA), em relação aos materiais a utilizar nestes transportes preconiza-se a presença de Monitor sinais vitais, ventilador de transporte e material para via aérea avançada.

Como forma de substantiar o estudo e numa outra tentativa de sustentar dificuldades, problemas ou incidentes durante os processos de transporte observados, trabalhamos os dados recolhidos nas notas de campo<sup>32</sup> com o mesmo tratamento qualitativo, em que os seus dados foram agrupados nas mesmas categorias do estudo descrito anteriormente referente às entrevistas. Passamos de imediato à sua apresentação através do Gráfico 7.



## PROBLEMAS/INCIDENTES (Notas de Campo)

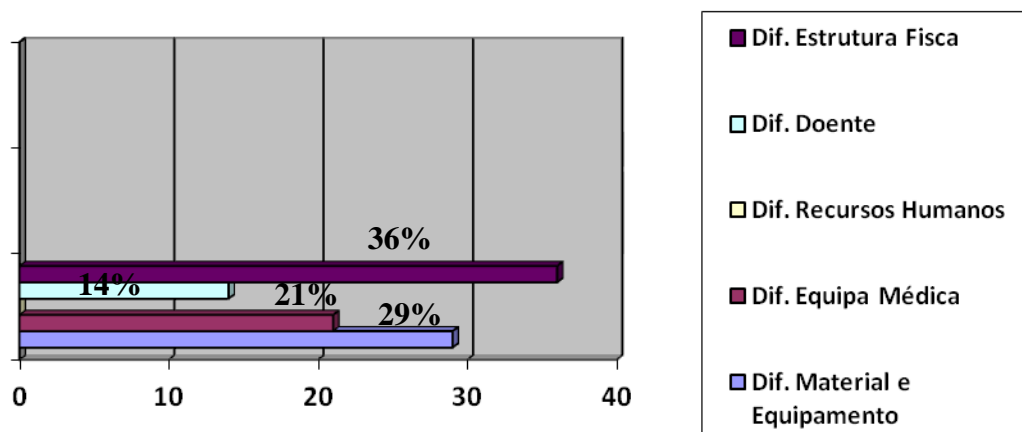


Gráfico 7 - Problemas e/ou incidentes durante o Processo de Transporte (Notas de Campo)

Em concreto foram observados, em 36%, obstáculos relacionados com dificuldades vividas durante o transporte (Elevador, imanes das portas), em seguida, com 29%, surgiram as Dificuldades relacionadas com o material e equipamento (rodados da cama, suporte soro na cama, identificação da cama, bala O<sup>2</sup>). Posteriormente, com 21%, surgem as dificuldades relacionadas com a equipa médica, sendo que neste campo é identificado como principal motivo a alteração de tempos operatórios, que em muito prejudica o planeamento e consequente segurança das Pessoas doentes a transportar. Por último, com 14%, são apresentadas as dificuldades relacionadas com o Doente, nomeadamente com as complicações e gravidade da sua situação clínica.

Num alargamento desta análise a outros estudos, Waydhas (1999) já havia feito referência ao equipamento ao analisar os eventos adversos, Beckmann et al (2004) alertou, referindo que 39% dos incidentes deviam-se a problemas com o equipamento. Papson et al (2007) estabeleceu a relação entre equipamento e os problemas hemodinâmicos identificados. Machado (2010), concluiu que relativamente à organização institucional que estudou, denota-se disfuncionalidades na organização geral, logística, nos recursos humanos e recursos técnicos/materiais.

No seguimento destes resultados e considerando a imagem de Gilles *et al* (2010)<sup>33</sup> sobre as várias circunstâncias que conduz um efeito adverso menor a um efeito adverso grave, assim como, ao considerarmos as linhas tracejadas a verde do mesmo autor que devem ser entendidas como situações a verificar regularmente e de ação corretiva orientado por um *check-list* antes, durante e depois do transporte, apresenta-se no geral impreterível seguir as *Guidelines* de transporte de Pessoas Doentes.

## Conclusões do Estudo

Os estudos exploratórios – descritivos consistem sobretudo em desenvolver conceitos, definindo relações entre conceitos ou produzindo hipóteses para verificações futuras (Fortin 2009). Consideramos que as conclusões deste trabalho resultaram grandemente da análise dos dados observados, somaram o

contributo das notas de campo (durante o período de observação) e também tiveram por base o resultado das entrevistas realizadas a Enfermeiros do serviço sobre o tema. Sendo que estas mesmas conclusões poderão sintetizar-se em:

- ✓ Foram identificadas situações de risco de Pessoas doentes transportadas para a realização de técnicas pneumológicas (no espaço temporal que vai desde o antes ao após exame) e que desta forma estiveram desprotegidas (recursos humanos e materiais) relativamente à condição e ao risco que apresentavam;
- ✓ Problemas ou obstáculos sentidos e observados vão desde as complicações ou gravidade das Pessoas doentes; passando pelas dificuldades organizacionais (mau funcionamento dos imanes das portas e avaria / demora dos elevadores); passando pela disfuncionalidade do material (camas – rodados, suportes e identificação) e por fim, pelo deficitário planeamento dos materiais para o transporte;
- ✓ Poderá ser agravante para a replicação dos riscos, o desconhecimento das Recomendações Nacionais e Internacionais para o transporte de Pessoas doentes.

Em concreto, será importante reforçarmos a ideia de que a broncofibroscopia, a toracocentese ou outras são na atualidade clínica exemplos de técnicas seguras, com taxas de mortalidade quase nulas (SPP 2003). Contudo, entre os objetivos pretendíamos a identificação de situações de risco, fazendo merecer uma adequação da organização e dos procedimentos que envolvem o transporte de Pessoas Doentes para a realização de técnicas pneumológicas no exterior do serviço tendo por base (de sustentação) as recomendações nacionais e internacionais. Concluímos que o risco existiu, devendo ser contrariado por uma cultura de segurança, promovendo o fácil registo de incidentes. Uma gestão de previsão do erro, atempado e eficiente na implementação de mecanismos de segurança, assegurando a otimização das normas e procedimentos. Em consequência destas conclusões foram entregues à chefia do serviço, sob forma de ***Stream-Analysis*** e diagramas de procedimento, sugestões de ação que visem minimizar os efeitos do risco identificado.

Terminaríamos proferindo que o conhecimento é a base para um atuar seguro, rápido, competente, não só na avaliação, vigilância da pessoa em situação crítica, como também na prevenção e no aparecimento de eventuais riscos. Enquanto Enfermeiros Especialistas no nosso dia-a-dia ***"tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e os problemas de saúde"***, procuramos ***"níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão"*** (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Pois porque ***a "autonomia"***, assim como a importância do que fazemos ***"tem de refletir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade e ao compromisso e mandato social que assumimos"*** (NUNES, 2006).

## APENDICE 2 – Calendário de Estágio



### Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

#### I CPLEE Médico Cirúrgica

#### ESTÁGIO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

#### ESTÁGIOS OPCIONAIS: Bloco Operatório e Bloco de Exames

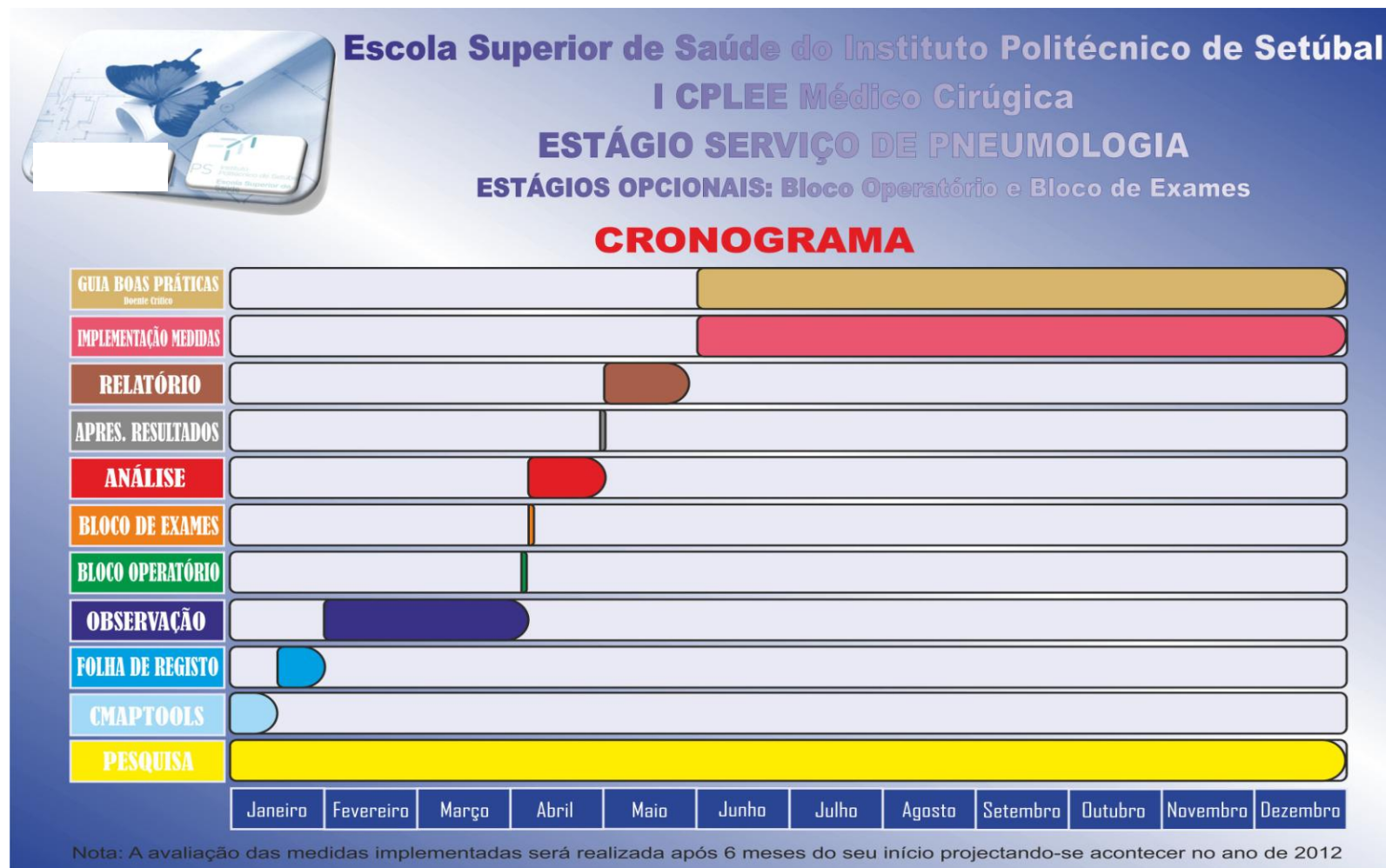
  

**Calendário 2011**

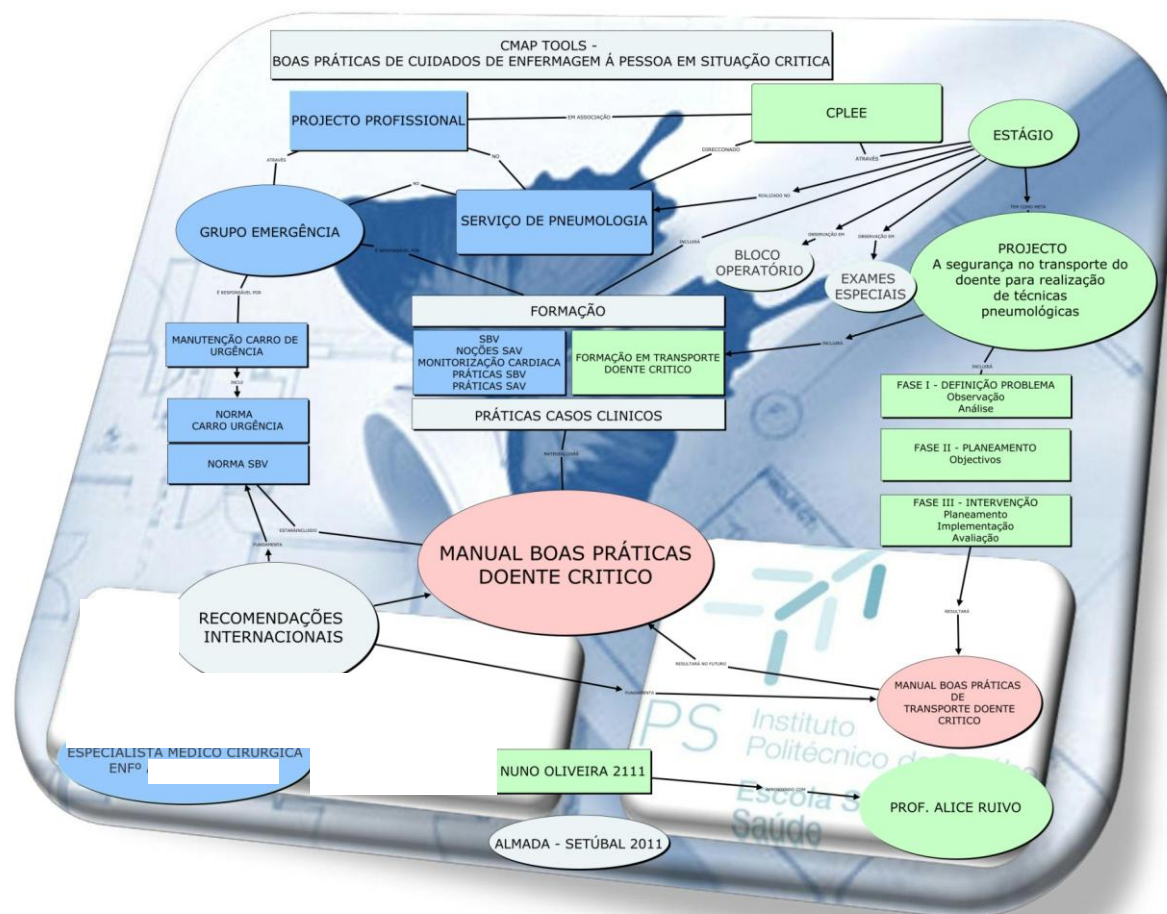
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter							
Janeiro						F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Fevereiro			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
Março			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Abril					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Maio							F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Junho			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
Julho				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Agosto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
Setembro			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
Outubro					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Novembro		F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
Dezembro				F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			

Estágio no Serviço de Pneumologia
Estágio Bloco Operatório
Estágio Bloco de Exames
Jornadas da Dor

## APENDICE 3 – Cronograma de Estudo



## APENDICE 4 – CMAP TOOLS - Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem à em Pessoa Situação Crítica



## APENDICE 5 – Termo de Consentimento Informado - Estudo

---



### Termo de Consentimento Informado

#### **“A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas”.**

**Estudante:** Nuno Oliveira

**Tutores:** Professora Alice Ruivo / Enf.º Especialista Médico – Cirúrgica

O presente estudo está incluído no Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) a realizar-se em Estágio no Serviço de Pneumologia do \_\_\_\_\_, de 12 Janeiro a 8 Maio 2011.

Tem por objetivo fazer uma observação dos Doentes e dos seus sinais vitais, assim como do processo de transporte para a realização de técnicas pneumológicas no exterior do serviço de internamento.

A observação será registada em folha própria e posteriormente analisada.

Garante-se a todos os participantes sigilo e privacidade, assim como em relação às informações fornecidas. Sempre que o desejar, o participante poderá solicitar esclarecimentos a quaisquer questões relacionadas com o estudo.

Todas as condições mencionadas serão cumpridas e, na base desse quadro de referência, solicita-se a sua participação no estudo, a qual se revela fundamental para a sua viabilização.

Eu -----  
----- declaro por minha honra de que fui informado acerca de todos os procedimentos do presente estudo e aceitei nele participar de livre vontade.

Almada, -----/-----/-----

Assinatura

---



## APENDICE 6 – Grelha de Observação

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL I CPLEE MÉDICO-CIRÚRGICO - ESTÁGIO – SERVIÇO PNEUMOLOGIA - <span style="background-color: white; color: black; padding: 0 10px;"> </span>					
A SEGURANÇA NO TRANSPORTE DE DOENTES PARA REALIZAÇÃO TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS					
DATA - __/__/__	LOCAL - EXAMES ESPECIAIS	ACOMPANHAMENTO - ENF <sup>RM</sup>	A	D	DIAGNÓSTICO MÉDICO - _____
EXAME - _____	BLOCO OPERATÓRIO	AS. OP.	A	D	DIAGNÓSTICO ENF <sup>RM</sup> - _____
OBSERVAÇÃO DO DOENTE					
SEXO - M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		IDADE - ____ A. PESSOAS: _____			
<b>1. VIA AÉREA</b>  Sem necessidade de adjuvantes Presença tubo orofaríngeo Presença tubo ET ou traqueostomia	A M T E S  D E P O I S	<b>3. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA</b>  PO < 50 PO > 50 < 100 PO > 100 TA ____/____ <sup>mmHg</sup>	A N T E S  D E P O I S	<b>NOTAS DE CAMPO*</b>  <div style="height: 200px; border: 1px solid #ccc;"></div>	
<b>2. RESPIRAÇÃO</b>  FR < 10 FR entre 10 e 20 FR > 20 SACS < 60% ____ <sup>°</sup> ; ____ <sup>°</sup> SACS > 60% < 90% SACS > 90% O2 ____ <sup>%</sup> ; ____ <sup>%</sup> VM	A D  A D  A D  A D  A D  A D  A D	<b>4. DRENAGEM TORÁCICA</b>  VALVULA TRANSPORTE  <b>5. AVALIAÇÃO DO S.N.C.</b> Glasgow = 15 Glasgow = 14 Glasgow = 13 <b>6. SEDAÇÃO / ANESTESIA</b>  LOCAL GERAL	A D  A D  A D  A D  S I M  N Ã O		
*Antes; *Depois; *Intensidade					
					<b>NUNO OLIVEIRA</b> 2111



**A SEGURANÇA NO TRANSPORTE DE DOENTES PARA REALIZAÇÃO TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS**

DATA - ____/____/____	LOCAL - EXAMES ESPECIAIS	ACOMPANHAMENTO - ENF <sup>2</sup>	A	D	DIAGNÓSTICO MÉDICO - _____
EXAME - _____	BLOCO OPERATÓRIO	AS. OP.	A	D	DIAGNÓSTICO ENF <sup>2M</sup> - _____

**OBSERVAÇÃO DO DOENTE**

1. VIA AÉREA	A	D	2. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA	A	D
Sem necessidade de adjuvantes	A	D	PC < 60	A	D
Presença tubo orotraqueal	A	D	PC > 60 < 100	A	D
Presença tubo ET ou traqueostomia	A	D	PC > 100	A	D
			TA ____/____; ____/____		
3. RESPIRAÇÃO	A	D	4. DRENAGEM TORÁCICA	A	D
FR < 10	A	D	VALVULA TRANSPORTE	A	D
FR entre 10 e 20	A	D		A	D
FR > 20	A	D	5. AVALIAÇÃO DO S.N.C.	A	D
SAC2 < 90% ____%; ____%	A	D	Glasgow < 15	A	D
SAC2 > 90% < 95%	A	D	Glasgow > 15 < 14	A	D
SAC2 > 95%	A	D	Glasgow < 8	A	D
O2 ____%; ____%	A	D	6. SEDAÇÃO / ANESTESIA	S	M
VM	A	D	LOCAL		
			GERAL		

SEXO- M ☐ F ☐ IDADE - \_\_\_\_ A. PESSOAS: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO DO PROCESSO DE TRANSPORTE**

DOENTE INFORMADO	S	M	R	A	O
MÉDICO <input type="checkbox"/> ENF <sup>2</sup> <input type="checkbox"/>					
TRANSP	RÉGRES	S	M	R	A
ESTABELECIDO	CONTACTO				
SERVIÇO ORIGEM					
III. MATERIAL	PROCESSO	SALA DE O <sub>2</sub>	MONITOR	AMBU	OUTRO

**IV. TEMPOS TRANSPORTE**

Previsão: \_\_\_\_h \_\_\_\_m  
SAÍDA DO SERVIÇO: \_\_\_\_h \_\_\_\_m  
ENTRADA NO ELEVADOR: \_\_\_\_h \_\_\_\_m  
SAÍDA DO ELEVADOR: \_\_\_\_h \_\_\_\_m  
CHEGADA À ORIGEM: \_\_\_\_h \_\_\_\_m

**V. TEMPOS REGRESSO**

SAÍDA DA ORIGEM: \_\_\_\_h \_\_\_\_m  
ENTRADA NO ELEVADOR: \_\_\_\_h \_\_\_\_m  
SAÍDA DO ELEVADOR: \_\_\_\_h \_\_\_\_m  
CHEGADA À ORIGEM: \_\_\_\_h \_\_\_\_m

NOTAS DE CAMPO<sup>3</sup>

NUNO OLIVEIRA  
2111

<sup>1</sup>Antes; <sup>2</sup>Depois; <sup>3</sup>Interconfinância



## APENDICE 7 – Dados Observados no Estudo

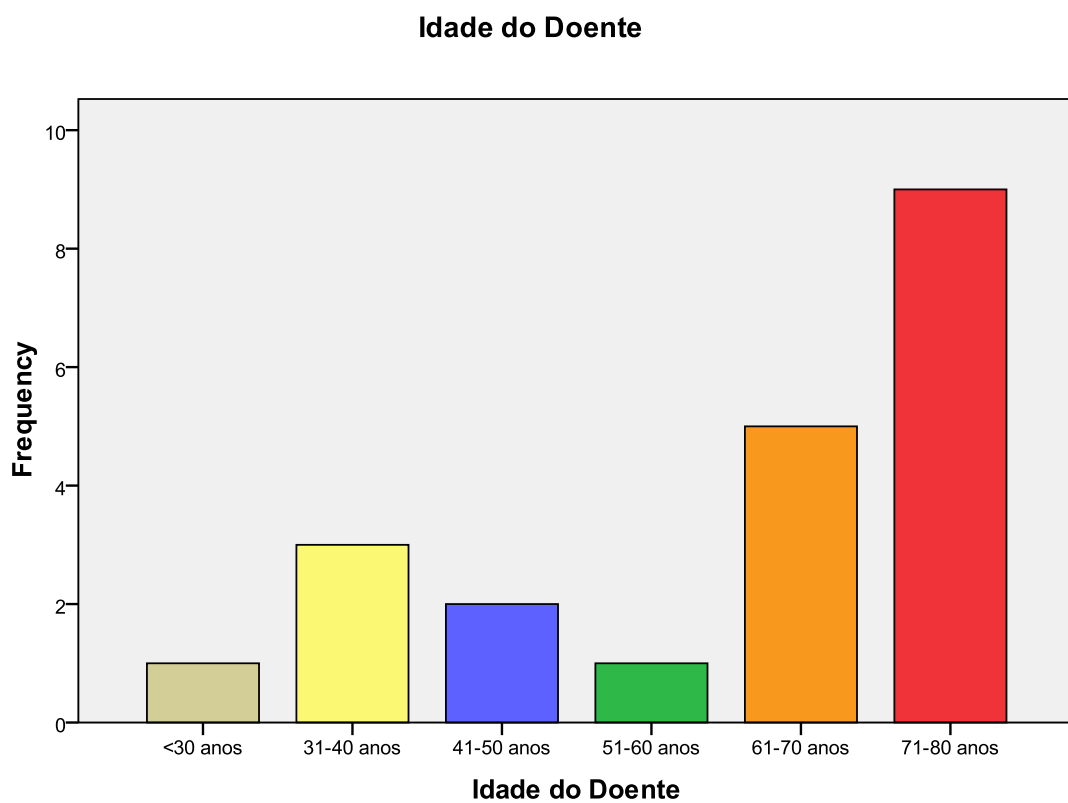
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL																												
I CPLEE MÉDICO-CIRURGICO - ESTÁGIO SERVIÇO PNEUMOLOGIA -																												
A SEGURANÇA NO TRANSPORTE DE DOENTES PARA REALIZAÇÃO TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS																												
ANÁLISE DADOS OBSERVAÇÃO DOENTE																												
	DATA	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO MÉDICO	DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM	EXAME	LOCAL	ACOMPANHAMENTO		1 - V. AÉREA	2 - RESP. FREQ. RESP.	2 A - RESP. SaO2	3 - AV. HEM. FREQ. CARD.	3 A - AV. HEM. TA	4 - DREN. TORAX.	4A - VALV. TRANSP.	5 - AVAL. S.N.C.	6 - SED. ANALG.	SCORE ETXEBARRIA									
1	3/02	80	M	N. PULMÃO	DISPNEIA F-GM	BF	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	90 95	90 95	50 100	50 100	116/66	103/50	N	N	N	N	15	15	L	1	1
2	4/02	56	F	HEMOP. a esclarecer	PERDA SG PELA BOCA	BF	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	50 100	50 100	144/82	122/81	N	N	N	N	15	15	G	1	1
3	4/02	25	F	ESTENOSE TRAQUEAL	RISCO PERDA SG	BF	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	50 100	50 100	123/90	108/74	N	N	N	N	15	15	G	1	1
4	9/02	75	F	N. PULMÃO	RISCO PERDA SG	BF	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	90 50	50 100	147/77	203/74	N	N	N	N	15	15	L	1	4
5	10/02	66	F	FIBROSE PULMONAR	DISPNEIA F-GM	BF	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	90 50	50 100	50 100	140/75	126/65	N	N	N	N	15	15	L	2	2
6	11/02	72	M	TP/ASPERGI LOMA	DISPNEIA F-GR	BF	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	90 50	50 100	50 100	104/66	119/73	N	N	N	N	15	15	L	2	2
7	14/02	70	M	N. PULMÃO	DOR LOMBAR /TORACICA	BF	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	90 50	50 100	50 100	134/81	140/82	N	N	N	N	15	15	L	1	1
8	18/02	46	M	N. PULMÃO	RISCO PERDA SG	BF	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	50 100	50 100	133/60	145/104	N	N	N	N	15	15	G	1	1
9	18/02	66	F	DERRAME PLEURAL ESQ.	DISPNEIA F-GM	TORACO SCOPIA	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	90 50	> 95	90 50	50 100	153/78	128/77	N	S	N	S	15	15	G	2	c/ item2
10	24/02	80	M	N. PULMÃO + Derr. Pleu	DISPNEIA em Repouso - GE	toracense	EP	AO	AO	SN	SN	> 20	> 20	< 90	< 90	> 100	> 100	157/78	98/55	N	N	N	N	15	15	L	5	5
11	4/03	36	M	Tuberculose Ganglionar?	RISCO PERDA SG	BF	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	> 95	< 90	50 100	50 100	121/85	124/96	N	N	N	N	15	15	G	1	1
12	4/03	50	F	TP	RISCO PERDA SG	BF	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	50 100	50 100	105/60	100/69	N	N	N	N	15	15	G	1	1
13	7/03	72	M	Aspergiloma	Dispneia func. GR	BF	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	50 100	50 100	124/73	131/77	N	N	N	N	15	15	L	2	2
14	7/03	72	F	Neo Pulmão	Dispneia func. GR	BATT	I	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	50 100	50 100	135/73	130/64	N	N	N	N	15	15	L	2	2
15	7/03	65	M	Pneumonia	Dispneia func. GM	BATT	I	AO	-	SN	-	10 20	-	> 95	-	50 100	-	106/54	-	N	-	N	-	15	-	-	2	-
16	11/03	74	M	Derrame pleural	Dispneia func. GM	toracense	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	90 50	> 100	50 100	160/85	139/71	N	N	N	N	15	15	L	4	2
17	15/03	66	M	Neo Pulmão	Risco perda sg	BF	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	90 95	90 95	50 100	50 100	151/94	157/92	N	N	N	N	15	15	G	2	2
18	15/03	33	M	Estenose Traqueal	DISPNEIA em Repouso - GR	BF	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	90 95	> 95	50 100	50 100	109/66	106/67	N	N	N	N	15	15	G	1	1
19	17/03	33	M	Estenose Traqueal	DISPNEIA em Repouso - GR	BF	EP	AO	AO	SN	SN	10 20	10 20	> 95	> 95	50 100	50 100	106/69	105/60	N	N	N	N	15	15	L	1	1
20	18/03	74	M	Derrame Pleural	Dispneia func. GM	toracos copia	BO	AO ENF	AO ENF	SN	SN	10 20	10 20	90 95	> 95	> 100	50 100	136/82	119/63	N	S	N	S	15	15	G	4	c/ item2
21	18/03	75	M	Estenose Traqueal	Dispneia func. GM	BF	BO	AO ENF	-	SN	-	10 20	-	> 95	-	50 100	-	166/87	-	N	-	N	-	15	-	-	1	-

■ ANTES ■ EXAME NÃO REALIZADO

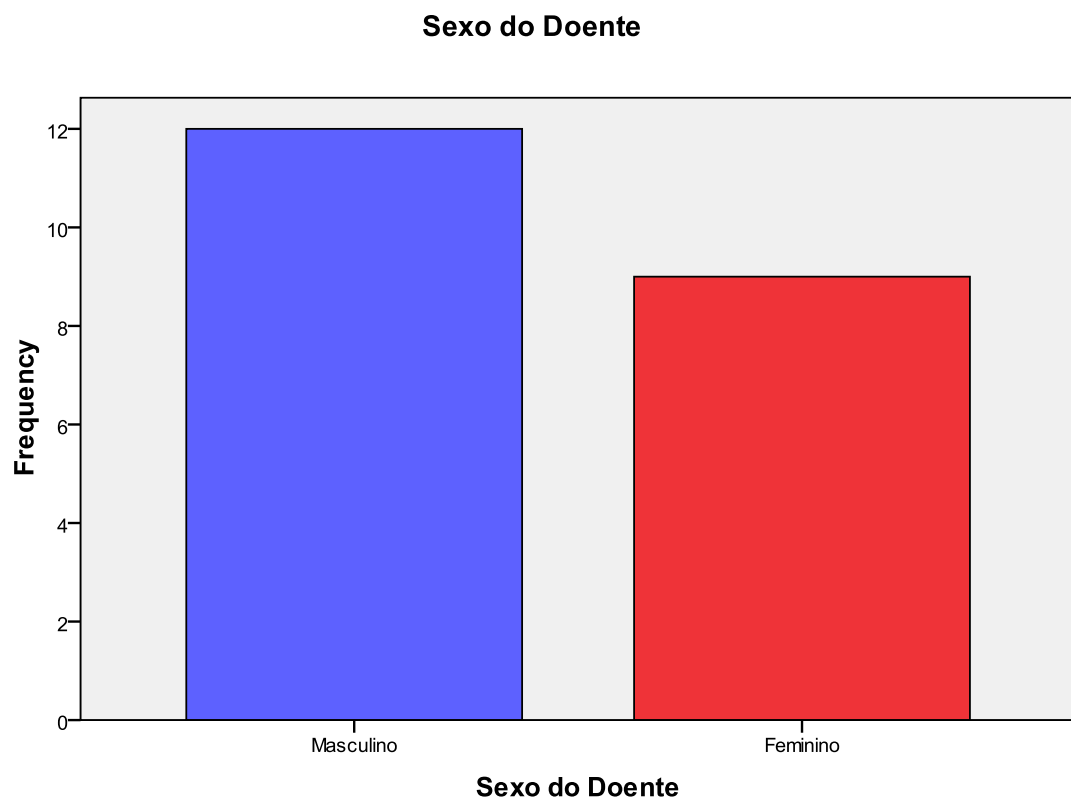
■ DEPOIS

⊗ SITUAÇÃO DE RISCO

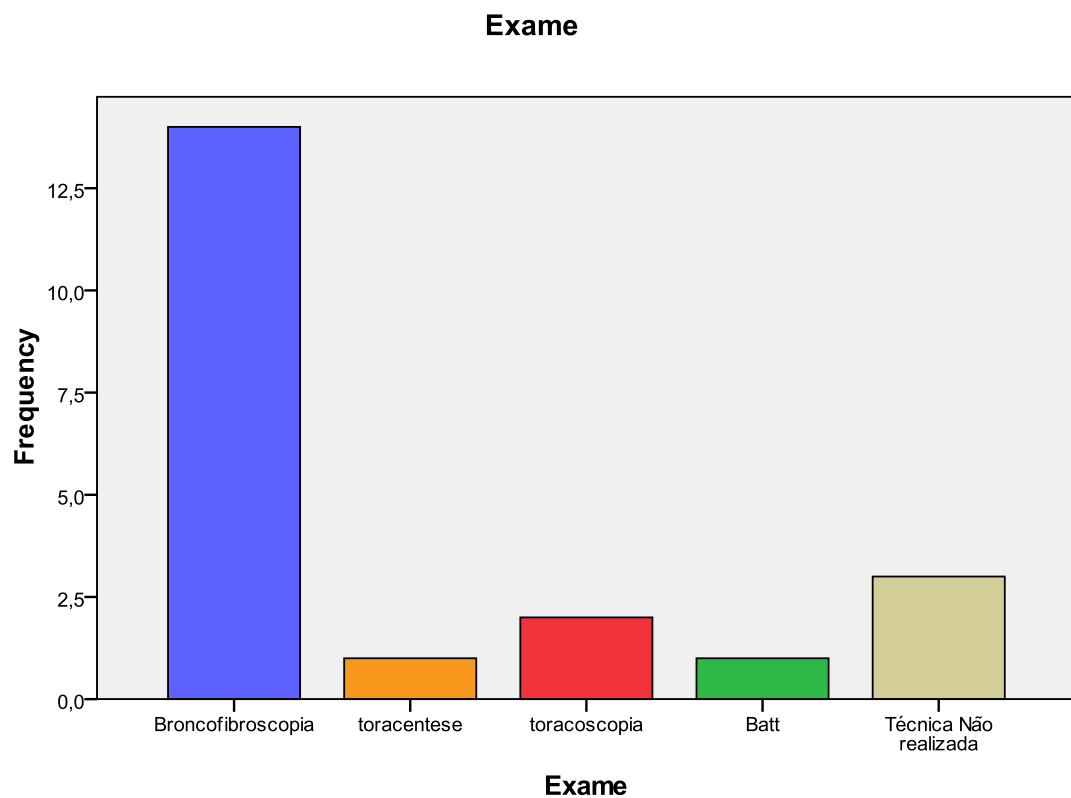
Idade do Doente					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<30 anos	1	4,8	4,8	4,8
	31-40 anos	3	14,3	14,3	19,0
	41-50 anos	2	9,5	9,5	28,6
	51-60 anos	1	4,8	4,8	33,3
	61-70 anos	5	23,8	23,8	57,1
	71-80 anos	9	42,9	42,9	100,0
	Total	21	100,0	100,0	



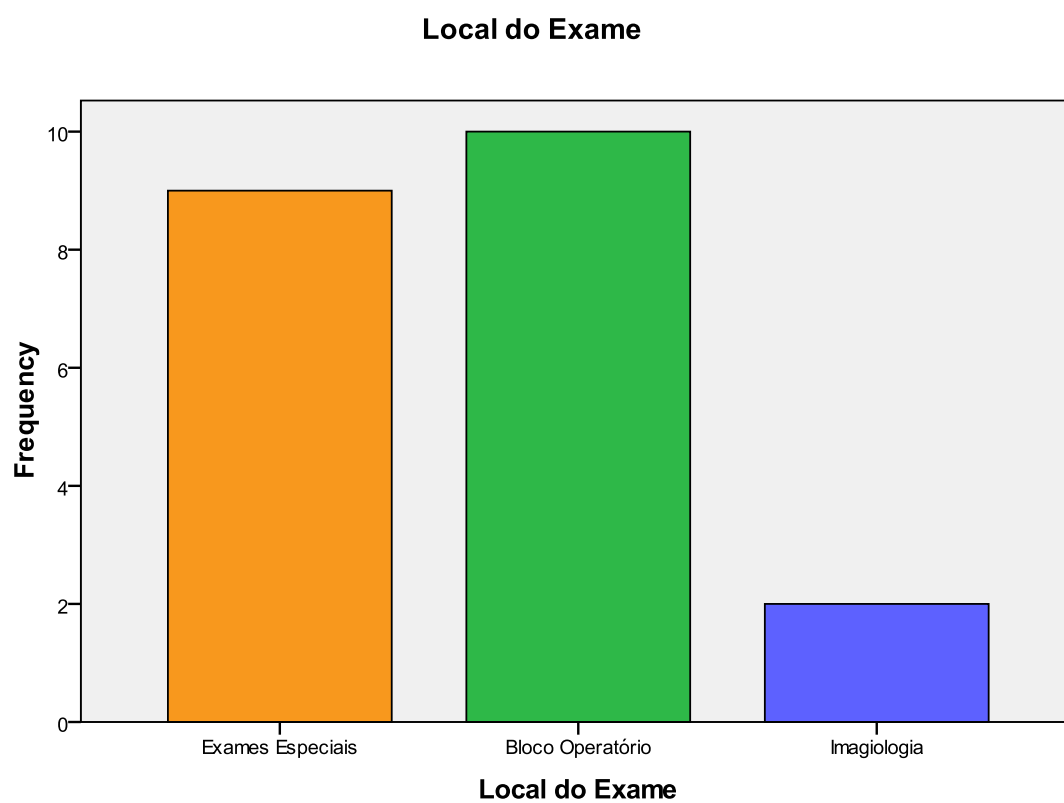
Sexo do Doente					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	12	57,1	57,1	57,1
	Feminino	9	42,9	42,9	100,0
	Total	21	100,0	100,0	



		Exame			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Broncofibroscopia	14	66,7	66,7	66,7
	toracentese	1	4,8	4,8	71,4
	toracoscopia	2	9,5	9,5	81,0
	Batt	1	4,8	4,8	85,7
	Técnica Não realizada	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	



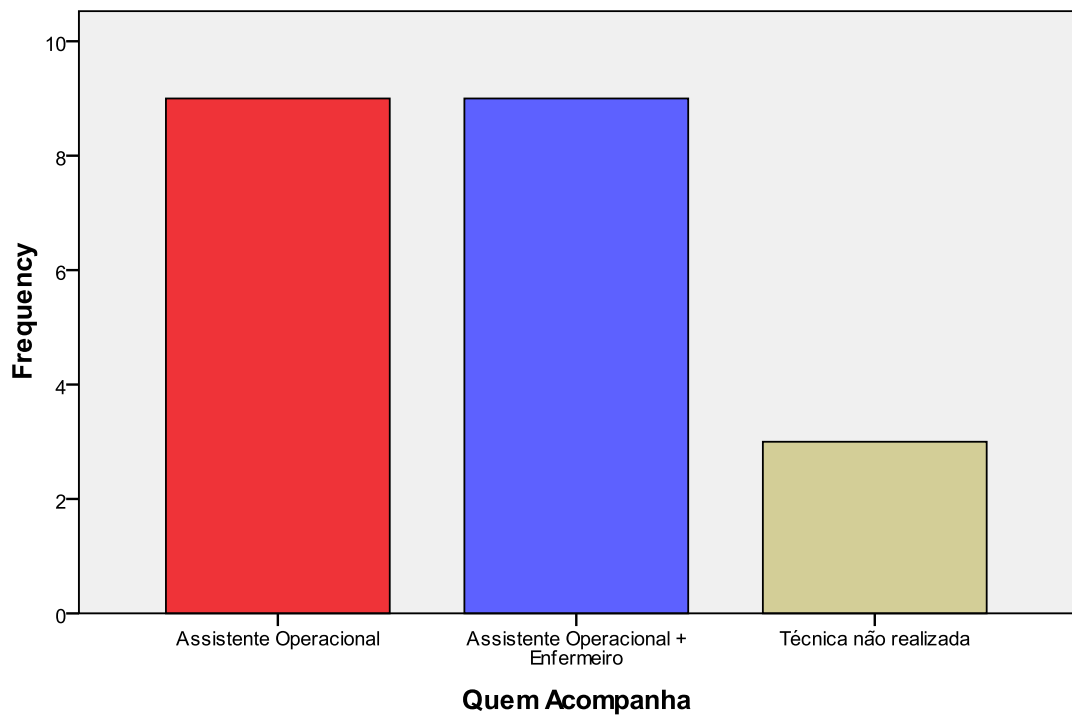
Local do Exame		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Exames Especiais	9	42,9	42,9	42,9
	Bloco Operatório	10	47,6	47,6	90,5
	Imagiologia	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	



**Quem Acompanha**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Assistente Operacional	9	42,9	42,9	42,9
	Assistente Operacional + Enfermeiro	9	42,9	42,9	85,7
	Técnica não realizada	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

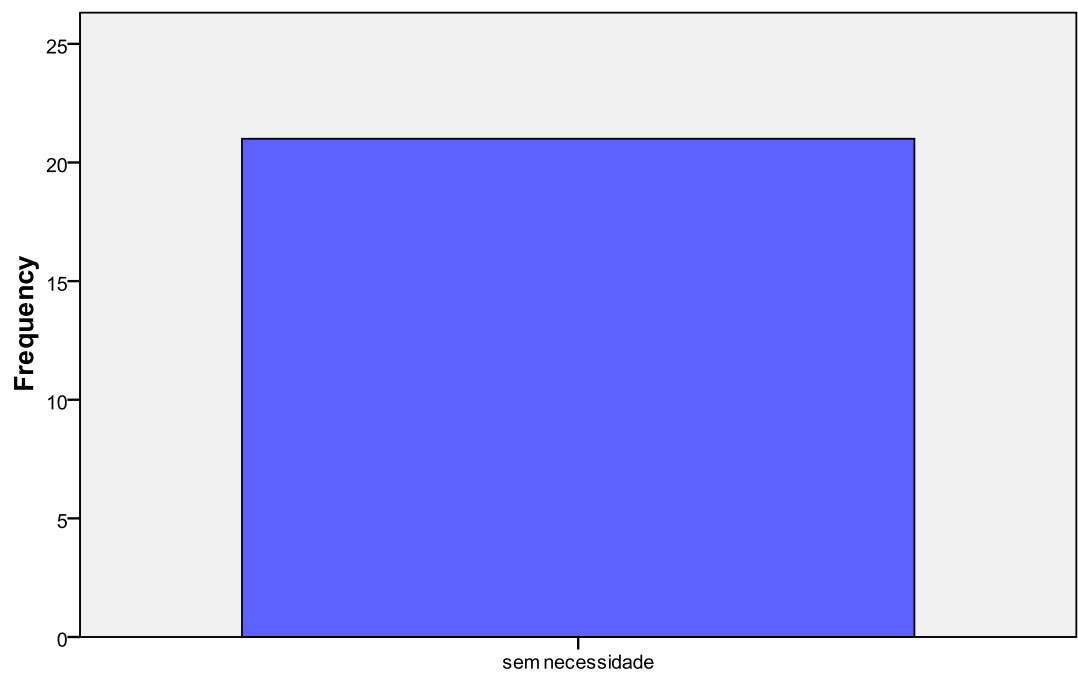
**Quem Acompanha**



**Obs. Doente: VA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem necessidade	21	100,0	100,0	100,0

**Obs. Doente: VA**

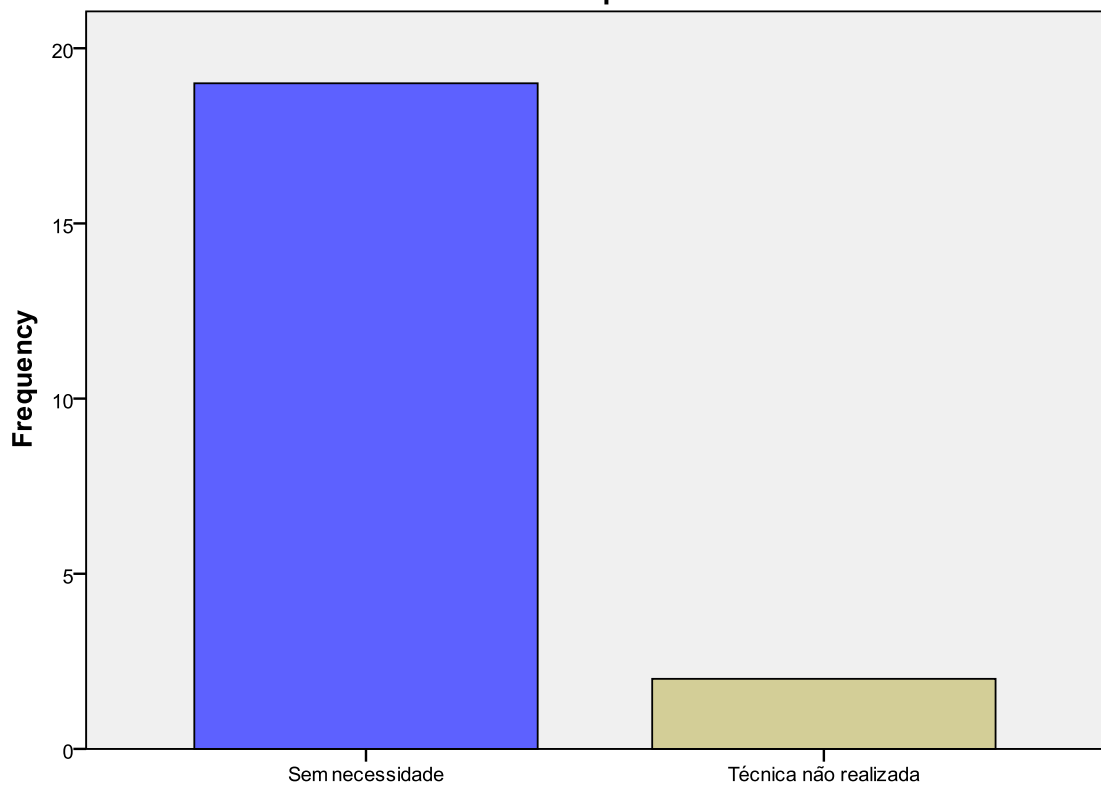


**Obs. Doente: VA**

**Obs. Doente: VA após exame**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem necessidade	19	90,5	90,5	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
Total		21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: VA após exame**



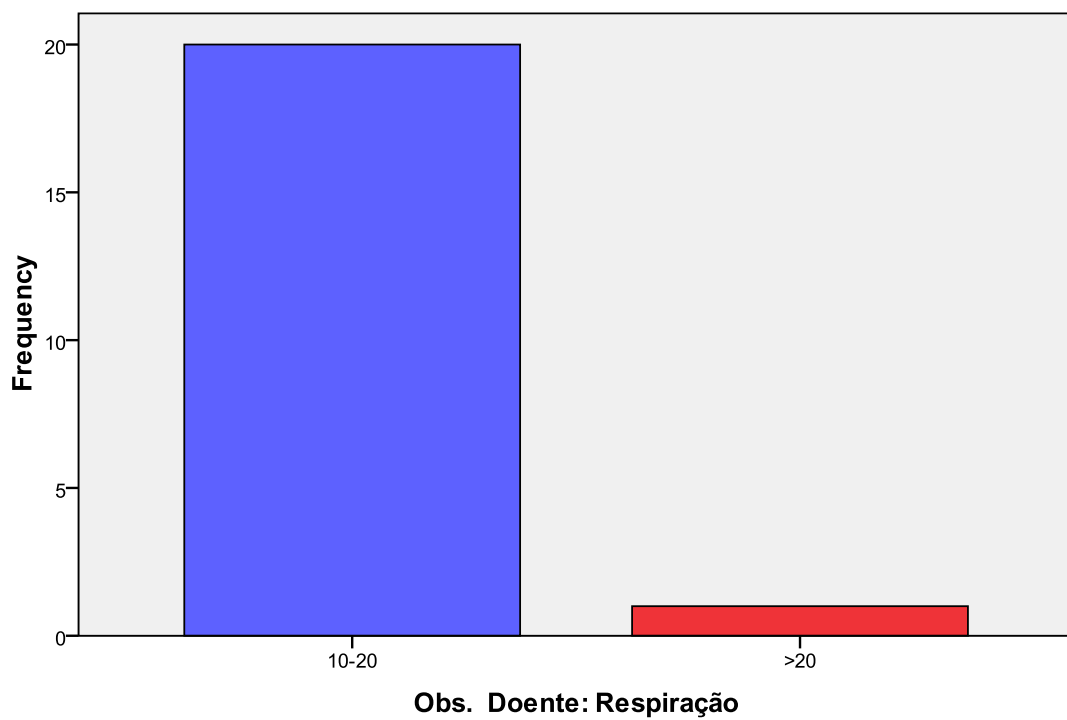
**Obs. Doente: VA após exame**



**Obs. Doente: Respiração**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10-20	20	95,2	95,2	95,2
	>20	1	4,8	4,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

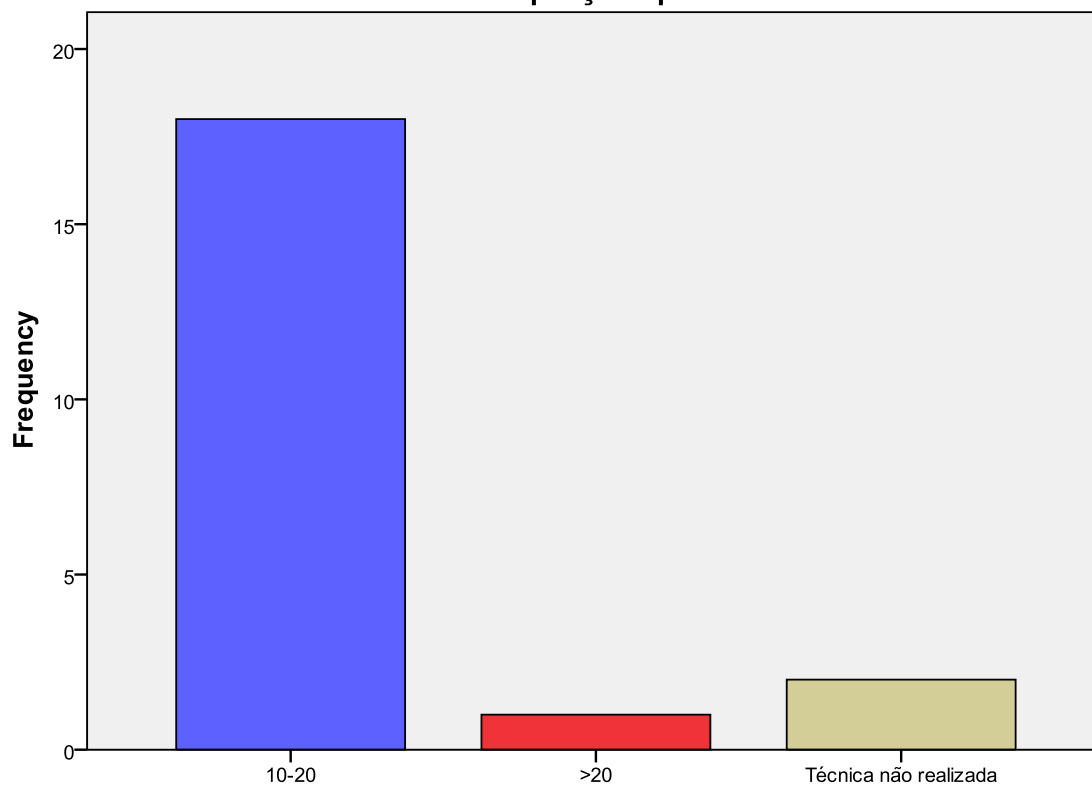
**Obs. Doente: Respiração**



**Obs. Doente: Respiração após Exame**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10-20	18	85,7	85,7	85,7
	>20	1	4,8	4,8	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Respiração após Exame**

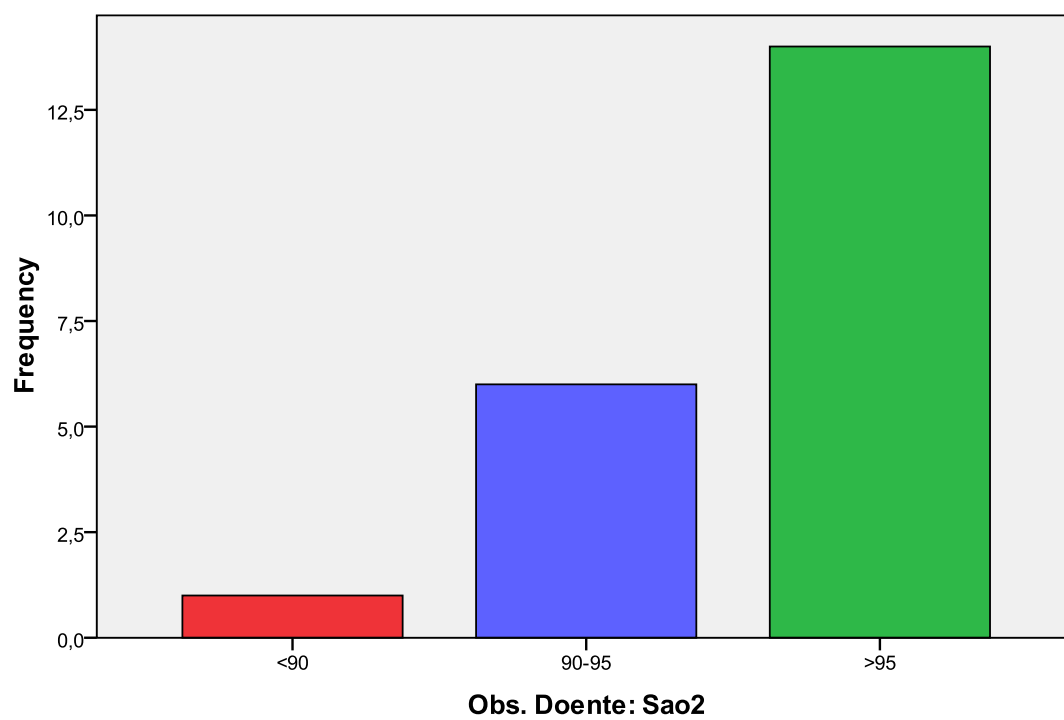


**Obs. Doente: Respiração após Exame**

**Obs. Doente: Sao2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<90	1	4,8	4,8	4,8
	90-95	6	28,6	28,6	33,3
	>95	14	66,7	66,7	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

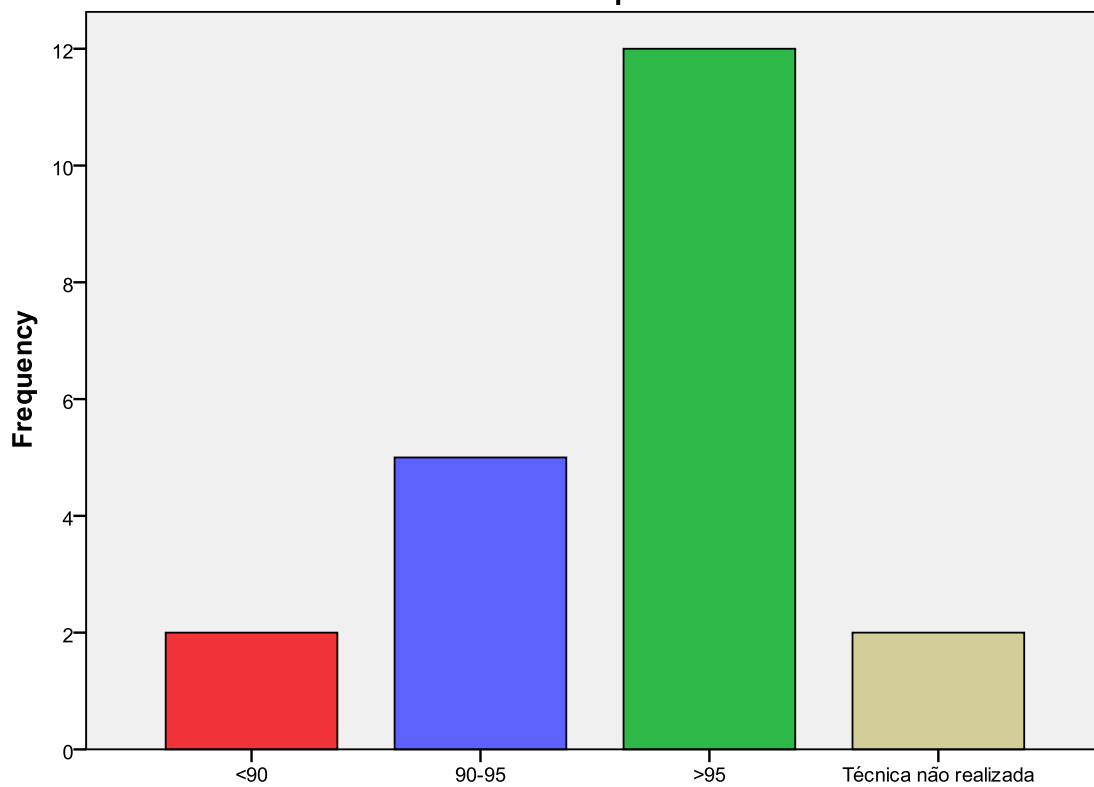
**Obs. Doente: Sao2**



**Obs. Doente: Sao2 após exame**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <90	2	9,5	9,5	9,5
90-95	5	23,8	23,8	33,3
>95	12	57,1	57,1	90,5
Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Sao2 após exame**

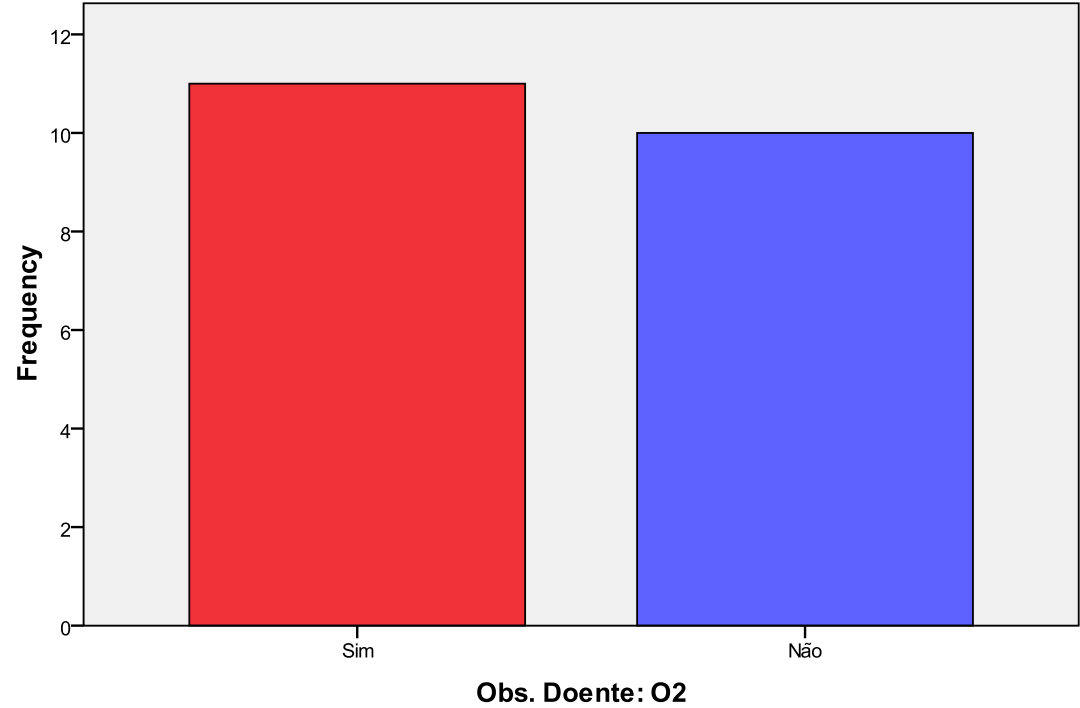


**Obs. Doente: Sao2 após exame**

**Obs. Doente: O2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	52,4	52,4	52,4
	Não	10	47,6	47,6	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

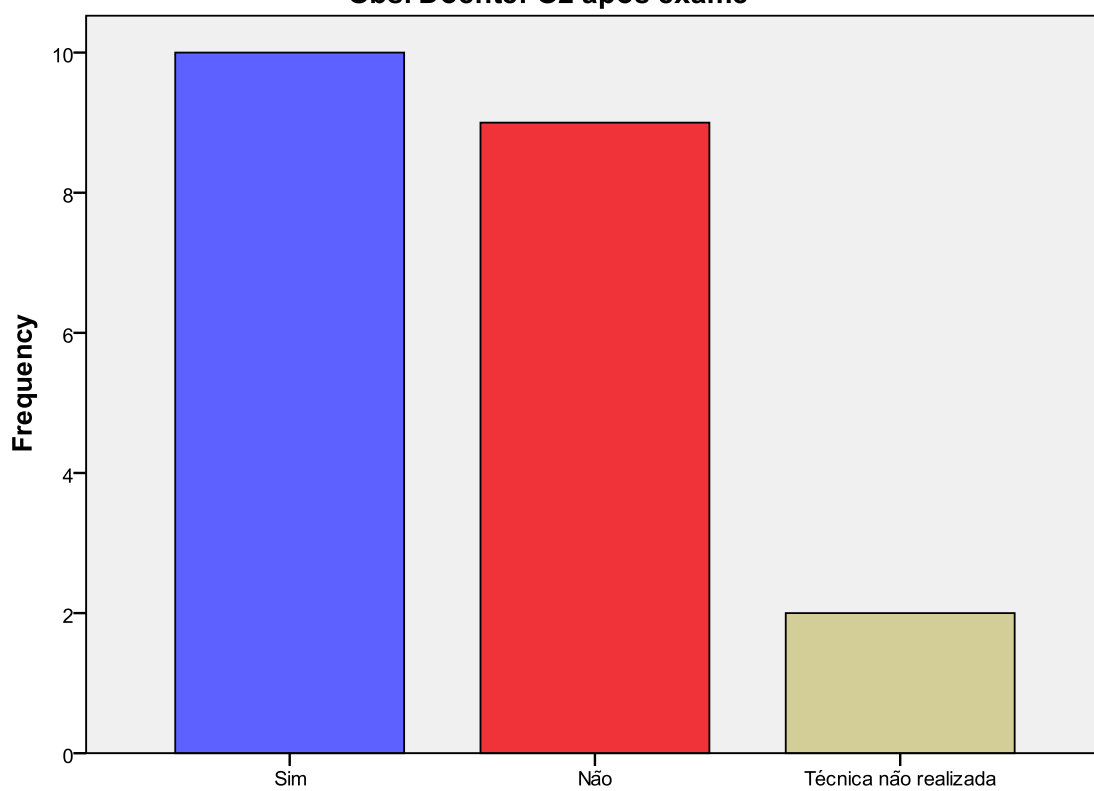
**Obs. Doente: O2**



**Obs. Doente: O2 após exame**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	47,6	47,6	47,6
	Não	9	42,9	42,9	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: O2 após exame**

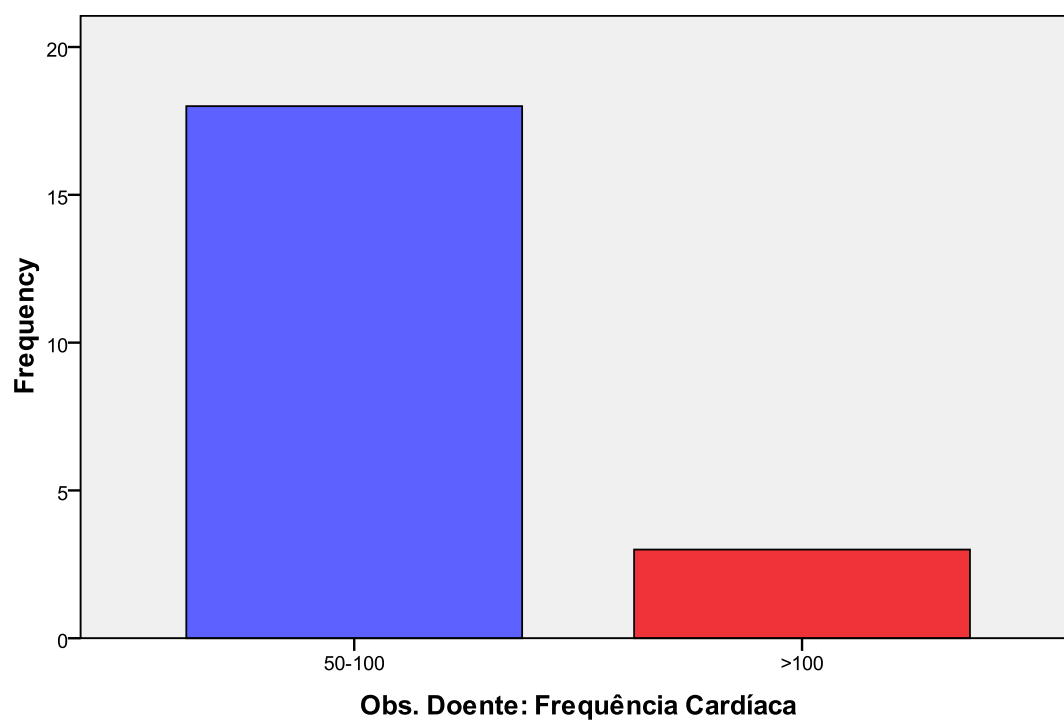


**Obs. Doente: O2 após exame**

**Obs. Doente: Frequência Cardíaca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50-100	18	85,7	85,7	85,7
	>100	3	14,3	14,3	100,0
Total		21	100,0	100,0	

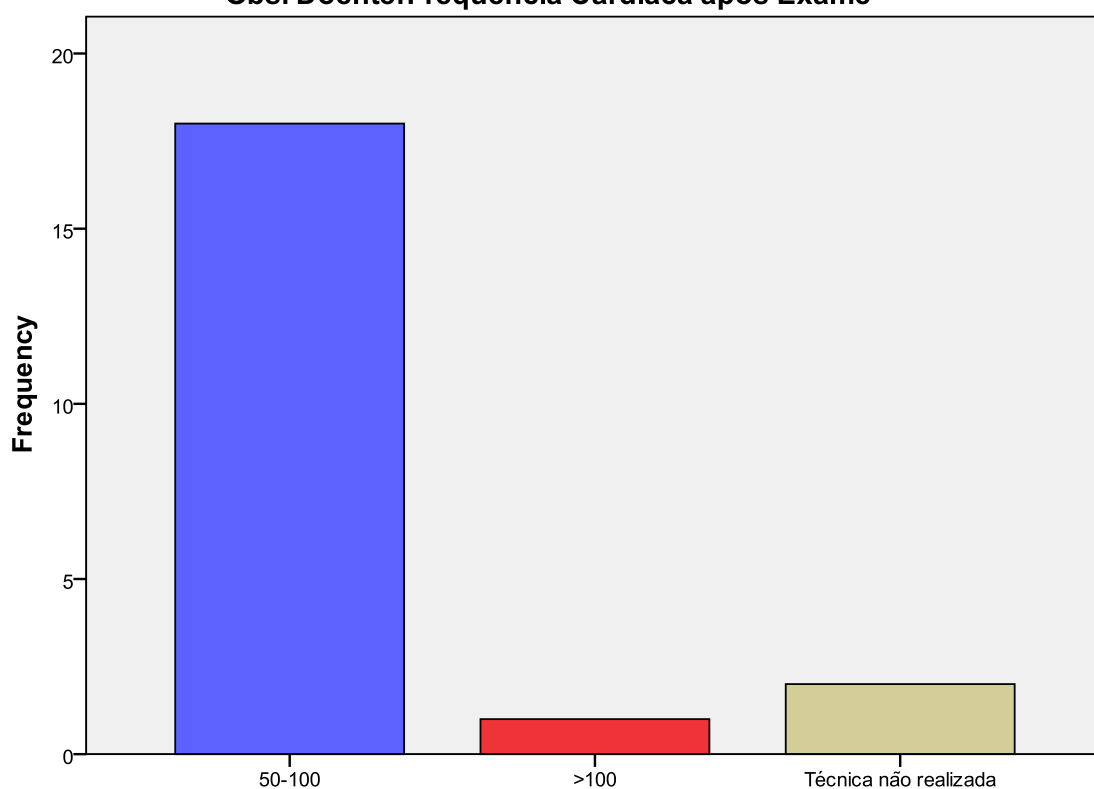
**Obs. Doente: Frequência Cardíaca**



**Obs. Doente: Frequência Cardíaca após Exame**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50-100	18	85,7	85,7	85,7
	>100	1	4,8	4,8	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente:Frequência Cardíaca após Exame**



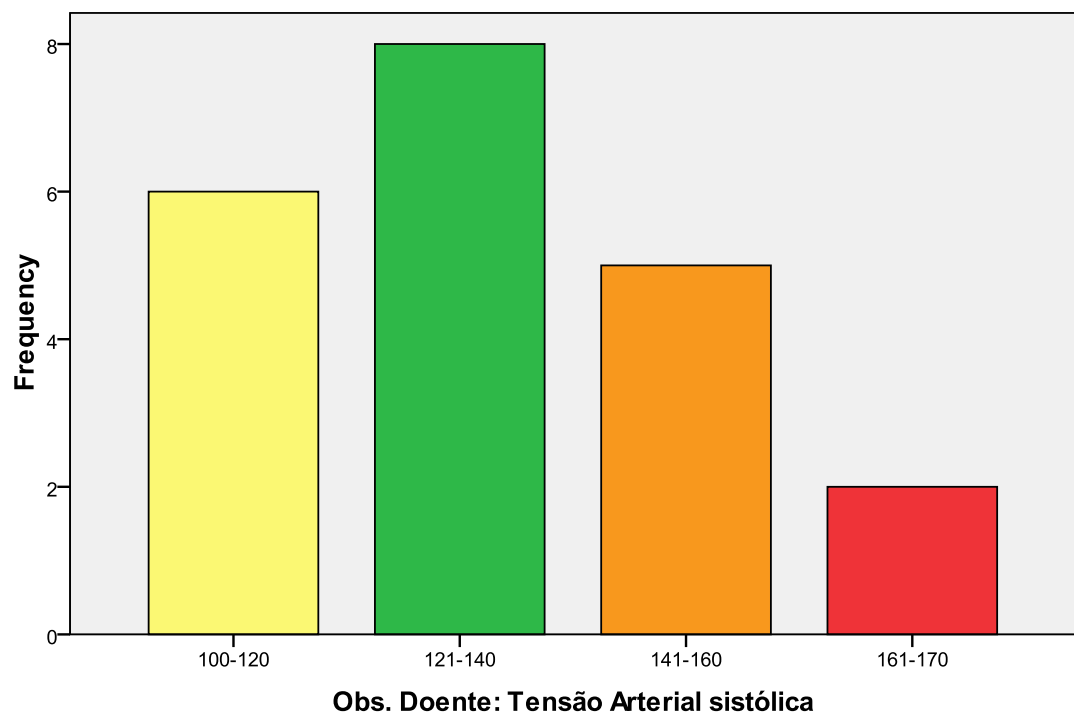
**Obs. Doente:Frequência Cardíaca após Exame**



**Obs. Doente: Tensão Arterial sistólica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	100-120	6	28,6	28,6	28,6
	121-140	8	38,1	38,1	66,7
	141-160	5	23,8	23,8	90,5
	161-170	2	9,5	9,5	100,0
Total		21	100,0	100,0	

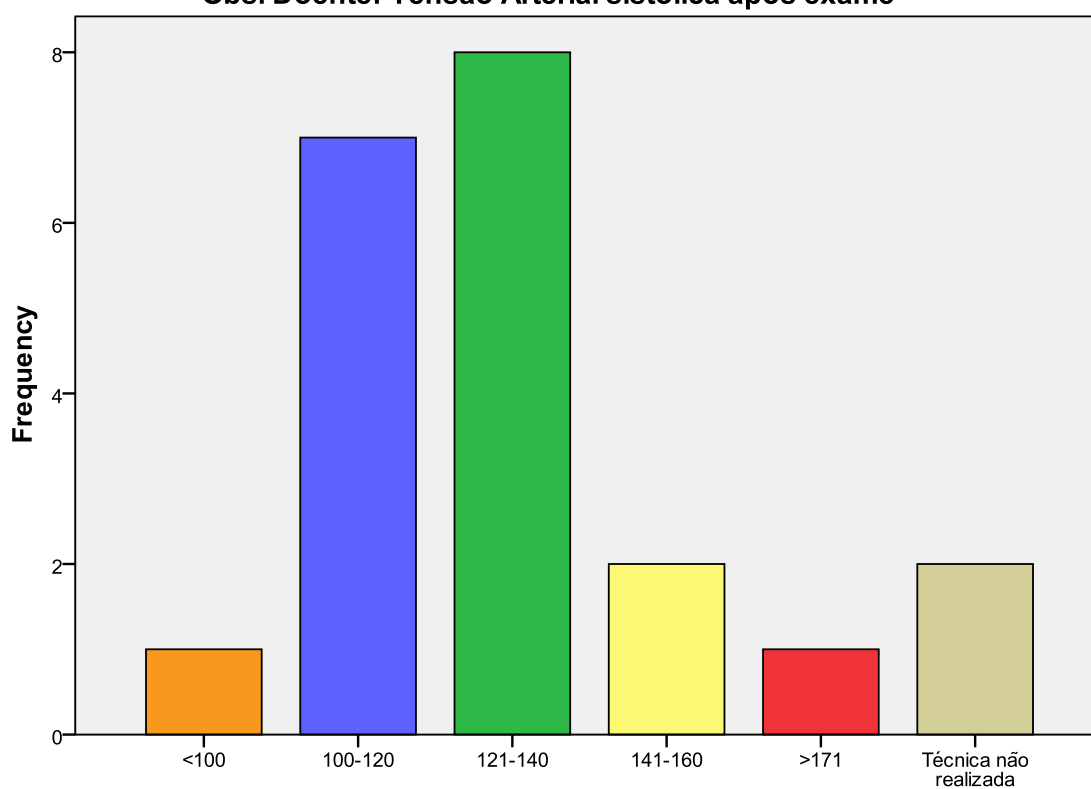
**Obs. Doente: Tensão Arterial sistólica**



**Obs. Doente: Tensão Arterial sistólica após exame**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<100	1	4,8	4,8	4,8
	100-120	7	33,3	33,3	38,1
	121-140	8	38,1	38,1	76,2
	141-160	2	9,5	9,5	85,7
	>171	1	4,8	4,8	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Tensão Arterial sistólica após exame**

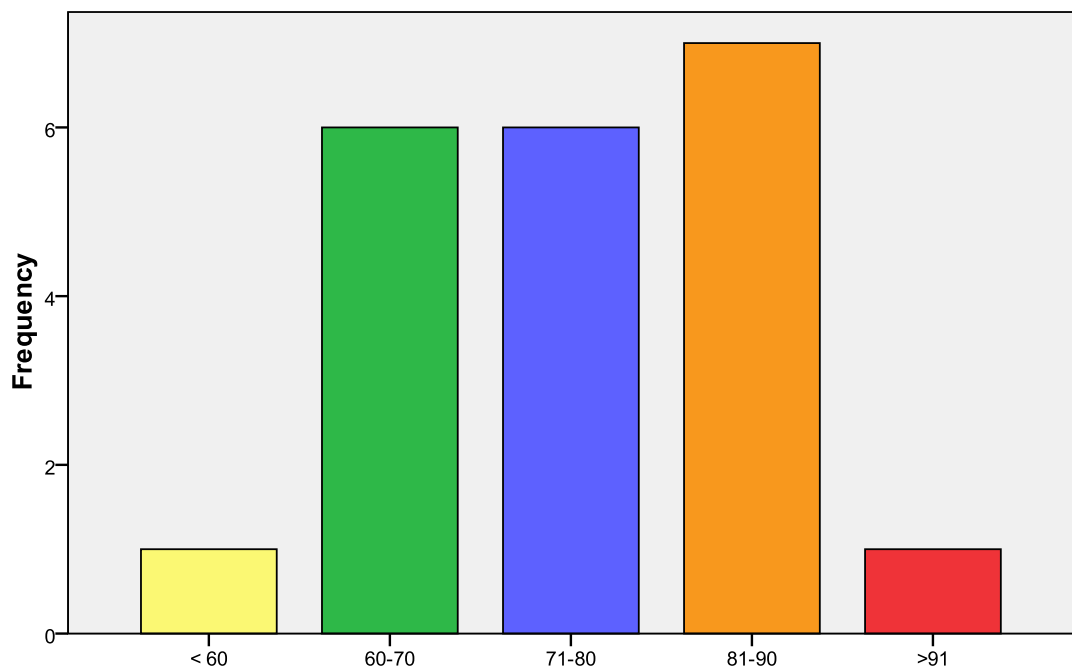


**Obs. Doente: Tensão Arterial sistólica após exame**

**Obs. Doente: Tensão Arterial diastólica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 60	1	4,8	4,8	4,8
	60-70	6	28,6	28,6	33,3
	71-80	6	28,6	28,6	61,9
	81-90	7	33,3	33,3	95,2
	>91	1	4,8	4,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Tensão Arterial diastólica**

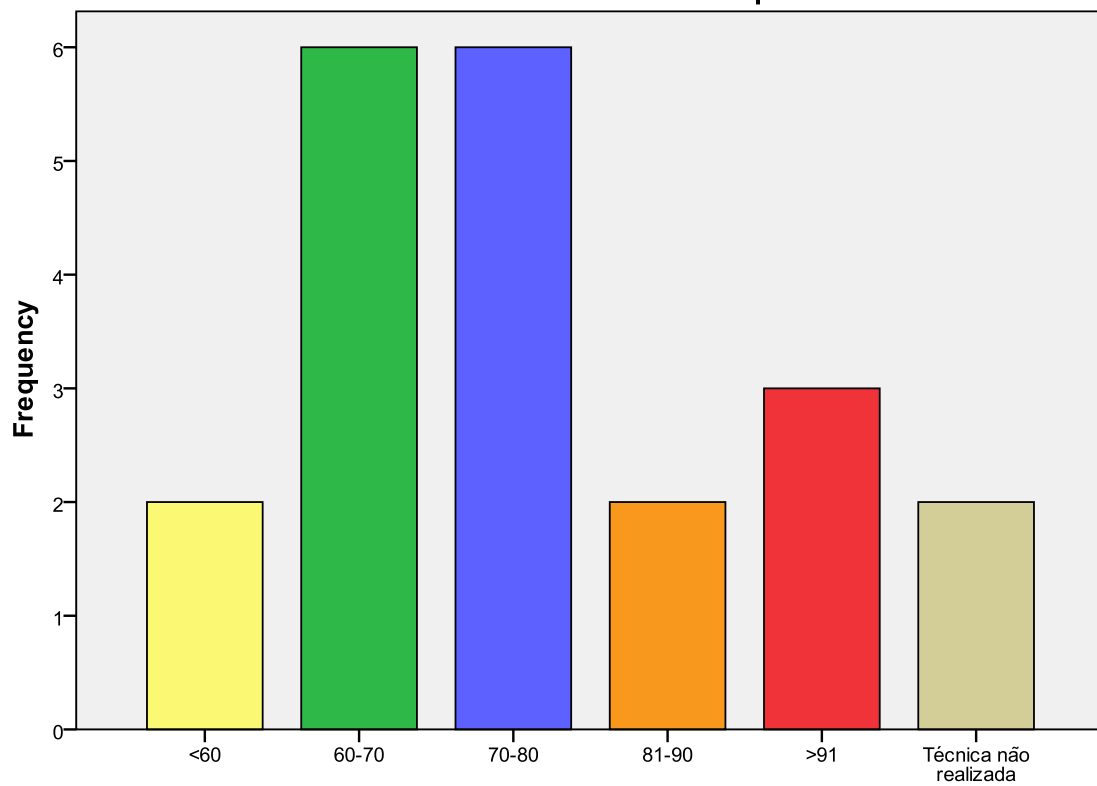


**Obs. Doente: Tensão Arterial diastólica**

**Obs. Doente: Tensão Arterial diastólica após exame**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <60	2	9,5	9,5	9,5
60-70	6	28,6	28,6	38,1
70-80	6	28,6	28,6	66,7
81-90	2	9,5	9,5	76,2
>91	3	14,3	14,3	90,5
Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Tensão Arterial diastólica após exame**

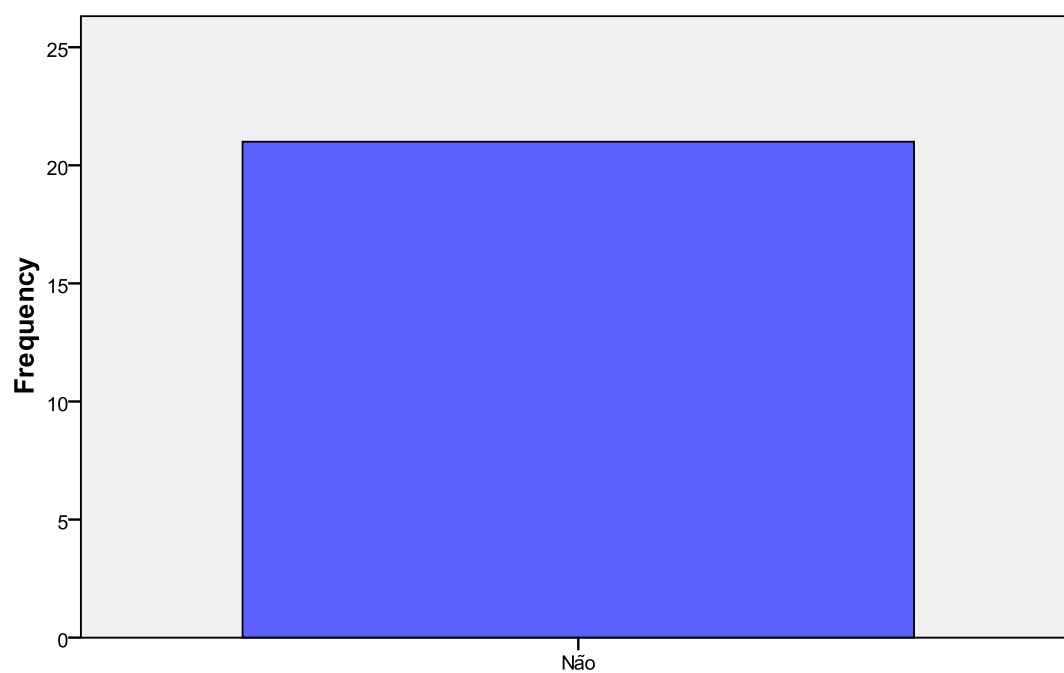


**Obs. Doente: Tensão Arterial diastólica após exame**

**Obs. Doente: Drenagem Torácica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	21	100,0	100,0	100,0

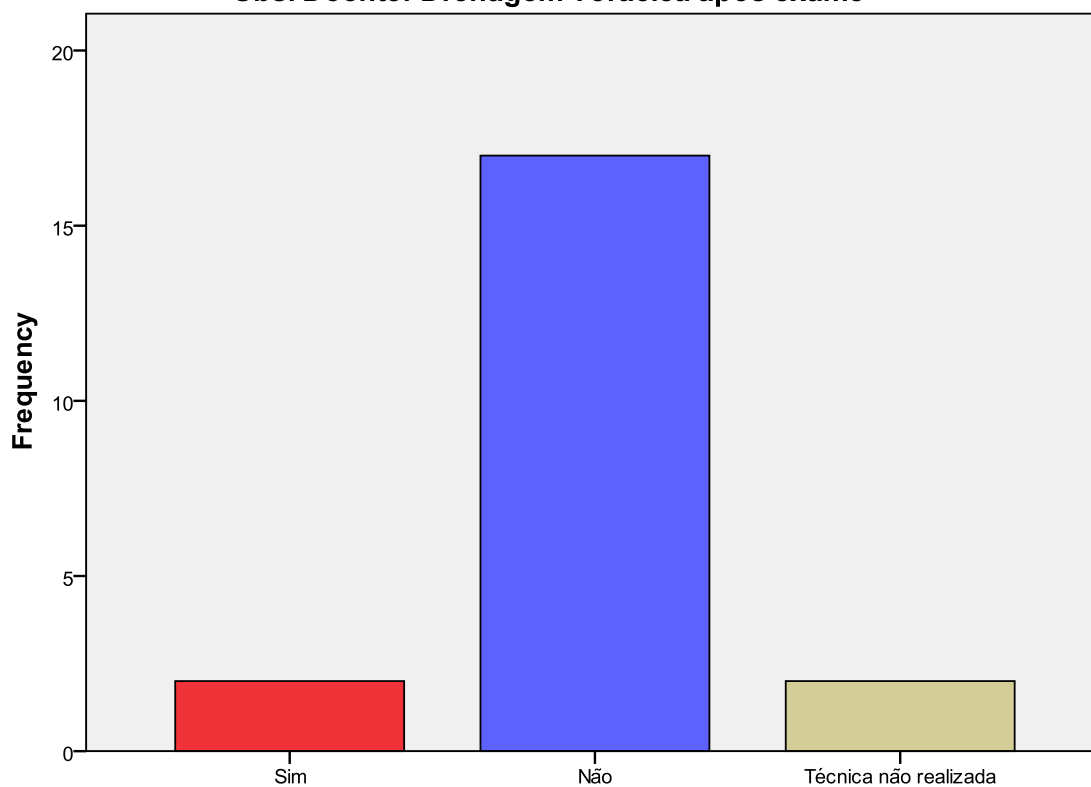
**Obs. Doente: Drenagem Torácica**



**Obs. Doente: Drenagem Torácica após exame**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	9,5	9,5	9,5
	Não	17	81,0	81,0	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Drenagem Torácica após exame**

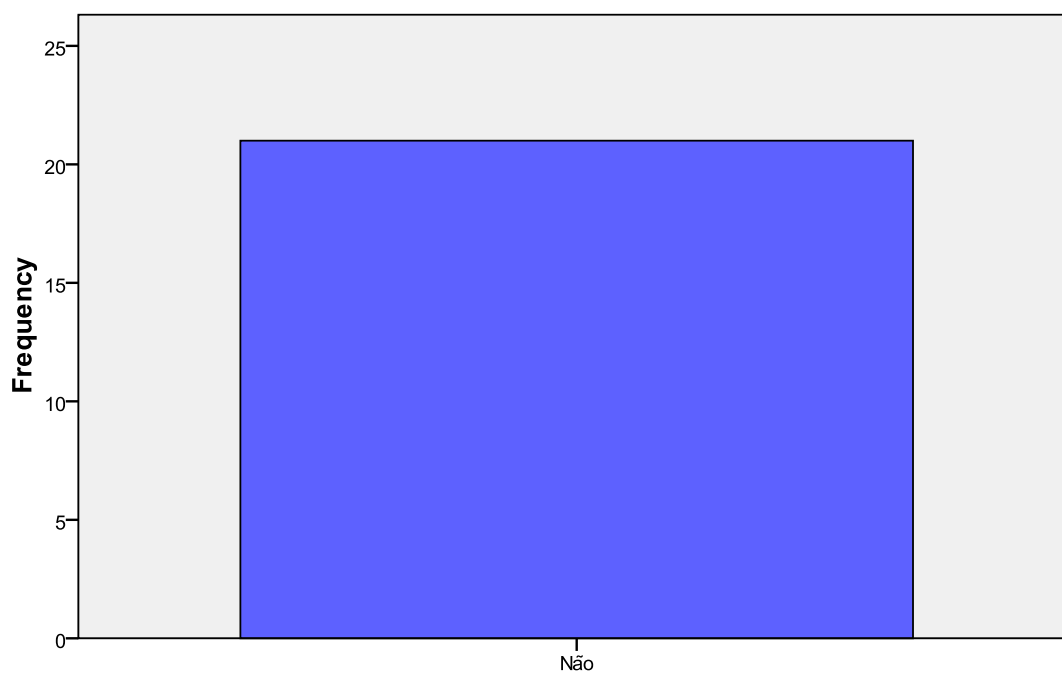


**Obs. Doente: Drenagem Torácica após exame**

**Obs. Doente: Valvula de Transporte**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	21	100,0	100,0	100,0

**Obs. Doente: Valvula de Transporte**

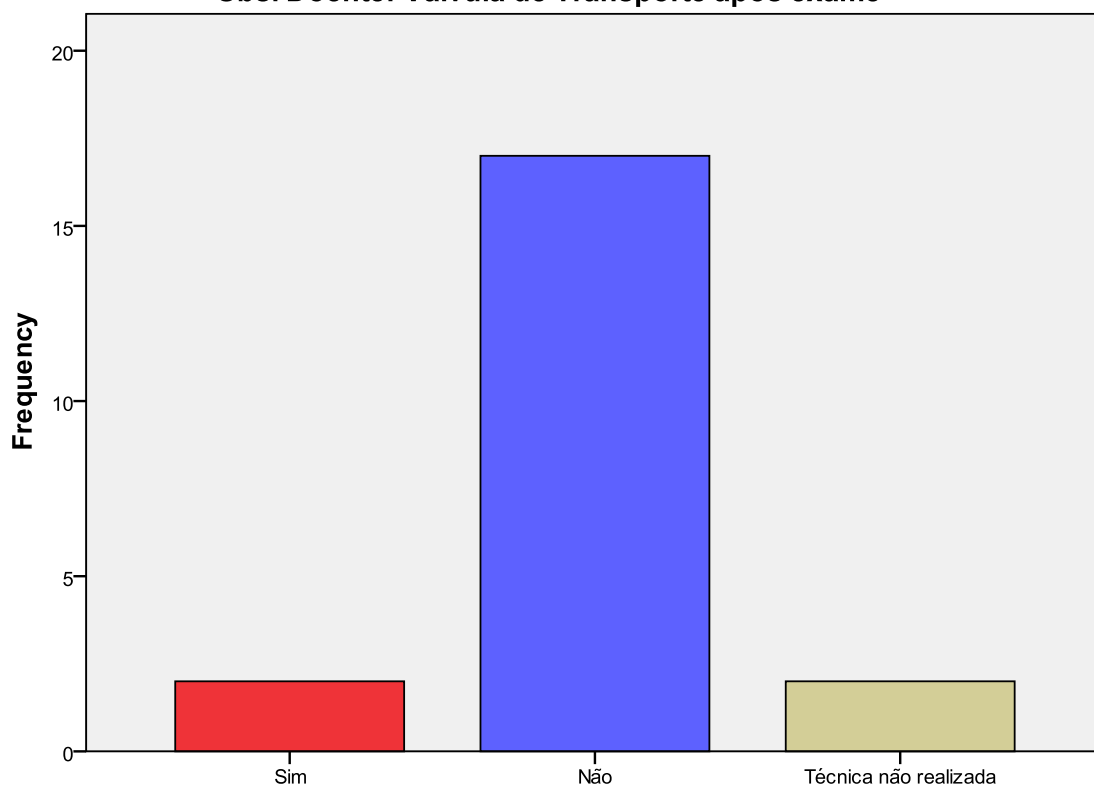


**Obs. Doente: Valvula de Transporte**

**Obs. Doente: Valvula de Transporte após exame**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	9,5	9,5	9,5
	Não	17	81,0	81,0	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Valvula de Transporte após exame**



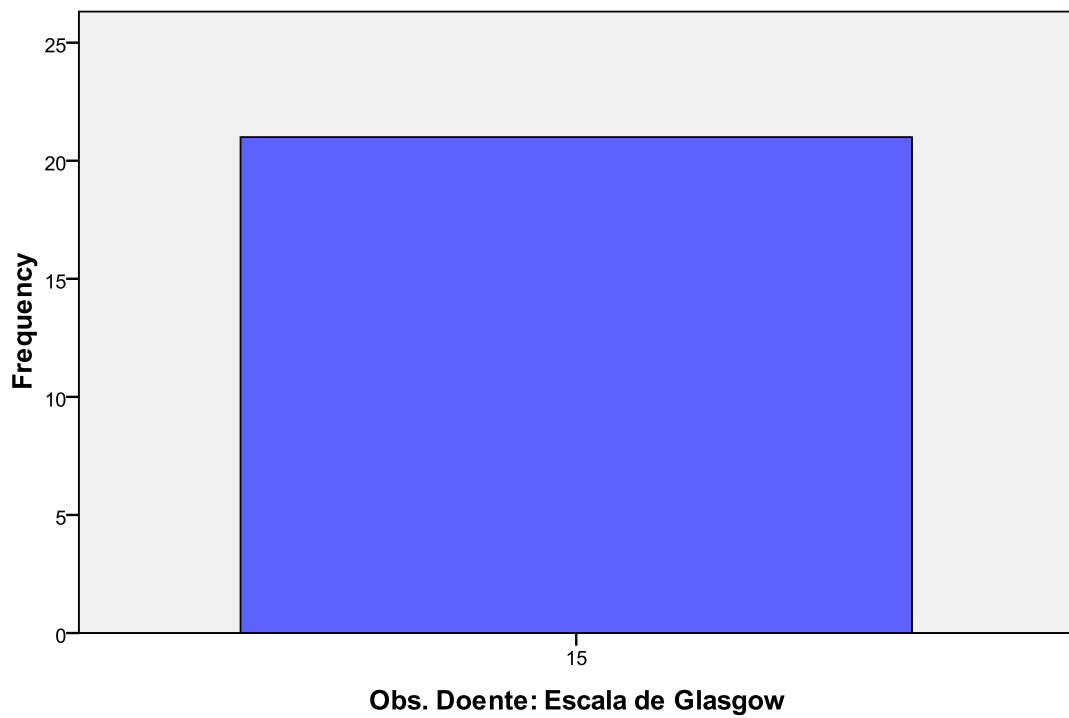
**Obs. Doente: Valvula de Transporte após exame**



**Obs. Doente: Escala de Glasgow**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	21	100,0	100,0	100,0

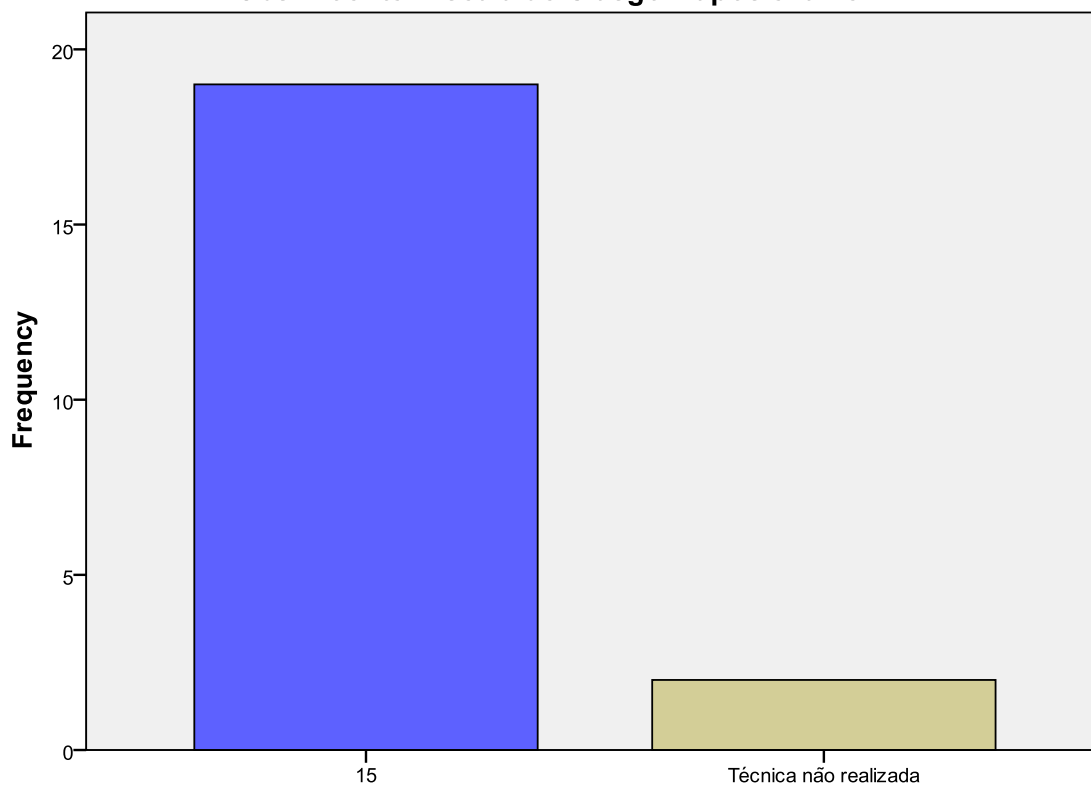
**Obs. Doente: Escala de Glasgow**



**Obs. Doente: Escala de Glasgow após exame**

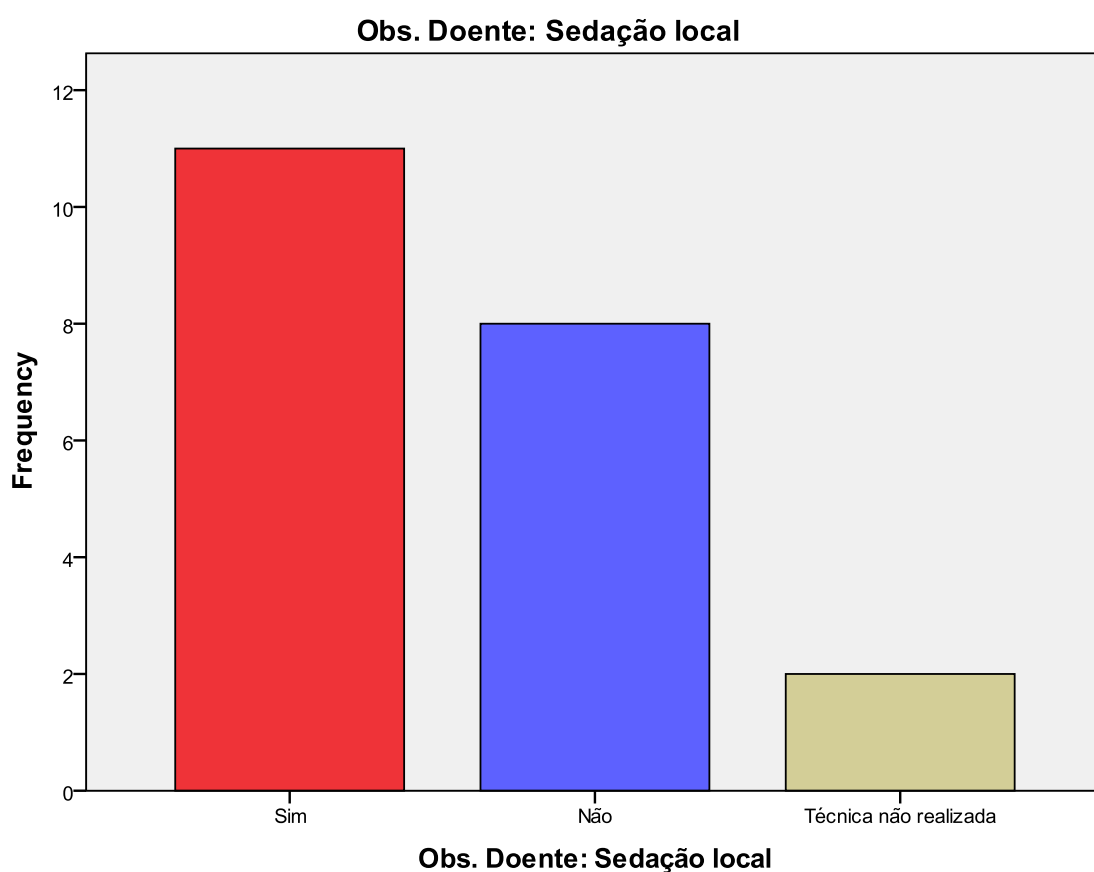
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	19	90,5	90,5	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Escala de Glasgow após exame**



**Obs. Doente: Escala de Glasgow após exame**

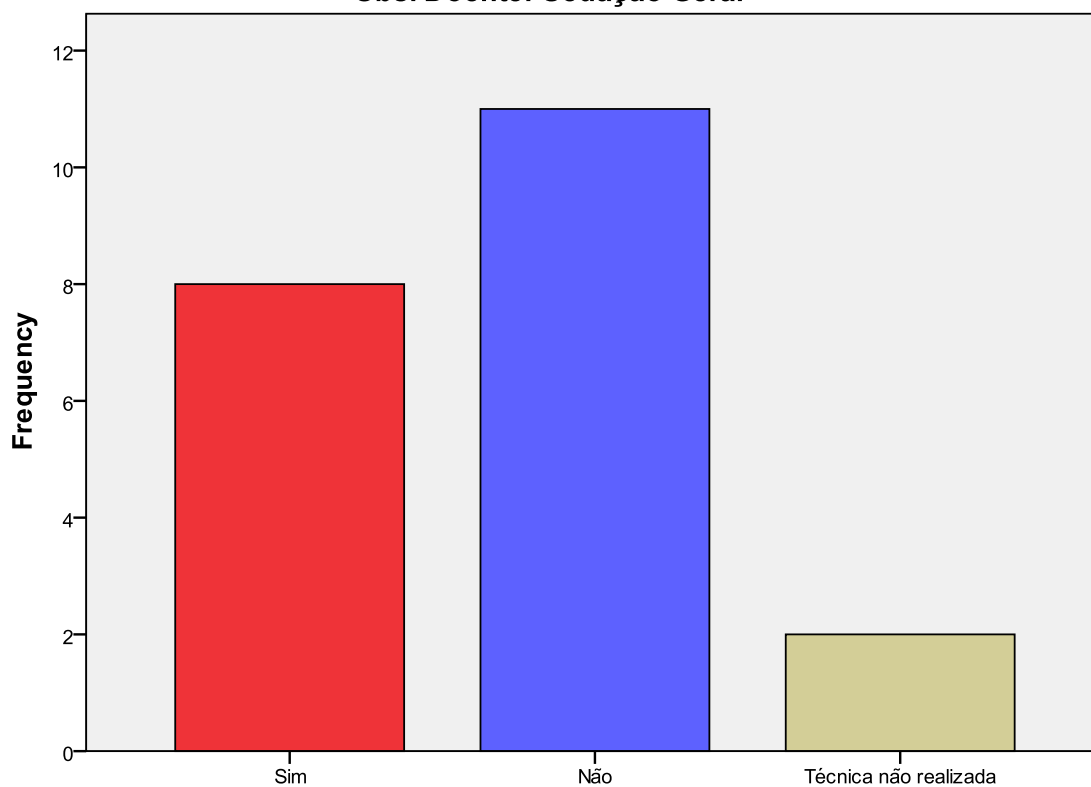
Obs. Doente: Sedação local					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	52,4	52,4	52,4
	Não	8	38,1	38,1	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	



**Obs. Doente: Sedação Geral**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	38,1	38,1	38,1
	Não	11	52,4	52,4	90,5
	Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Sedação Geral**

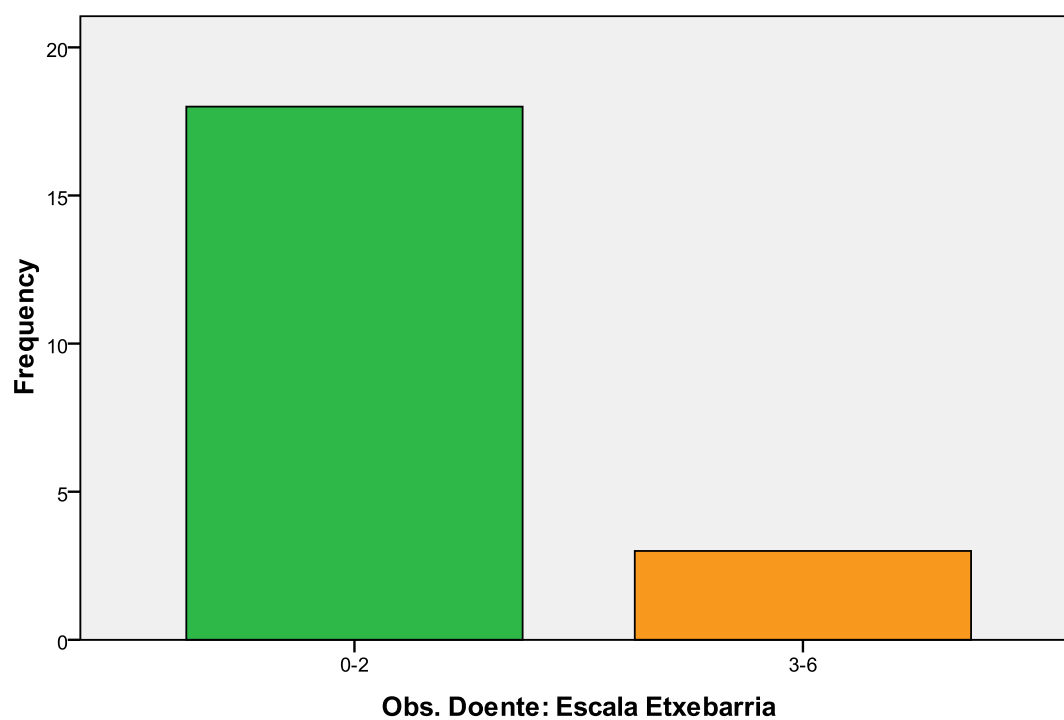


**Obs. Doente: Sedação Geral**

**Obs. Doente: Escala Etxebarria**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-2	18	85,7	85,7	85,7
	3-6	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

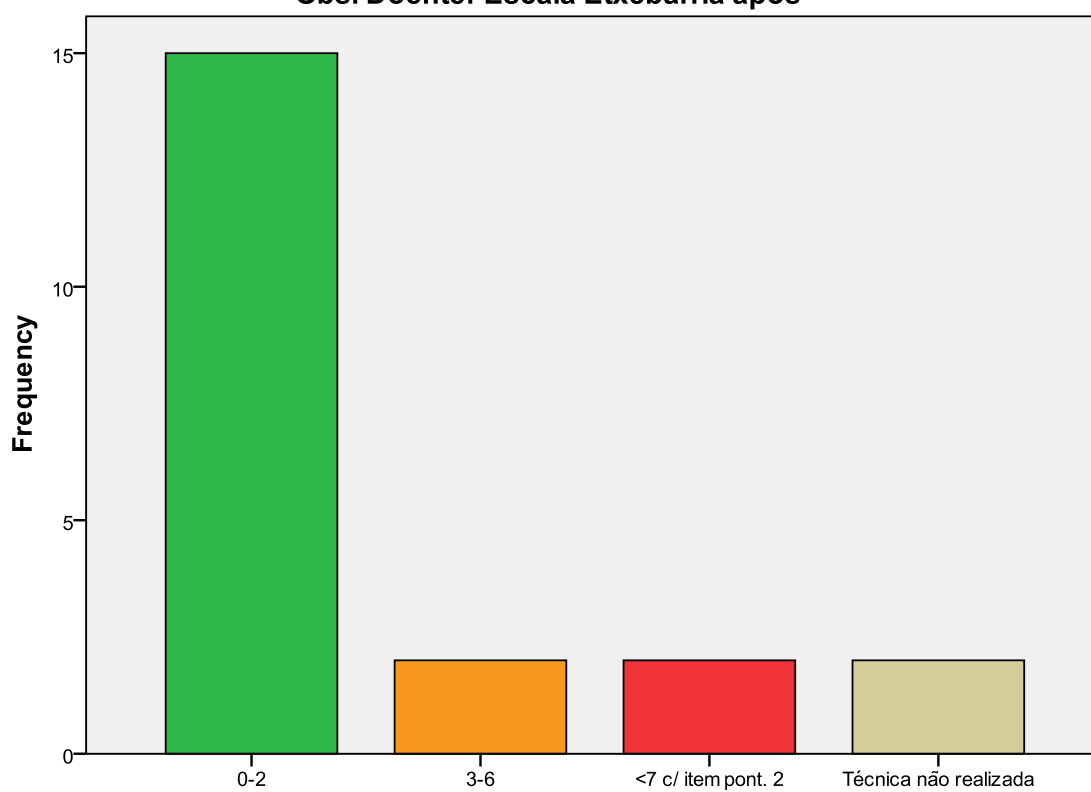
**Obs. Doente: Escala Etxebarria**



**Obs. Doente: Escala Etzebarria após**

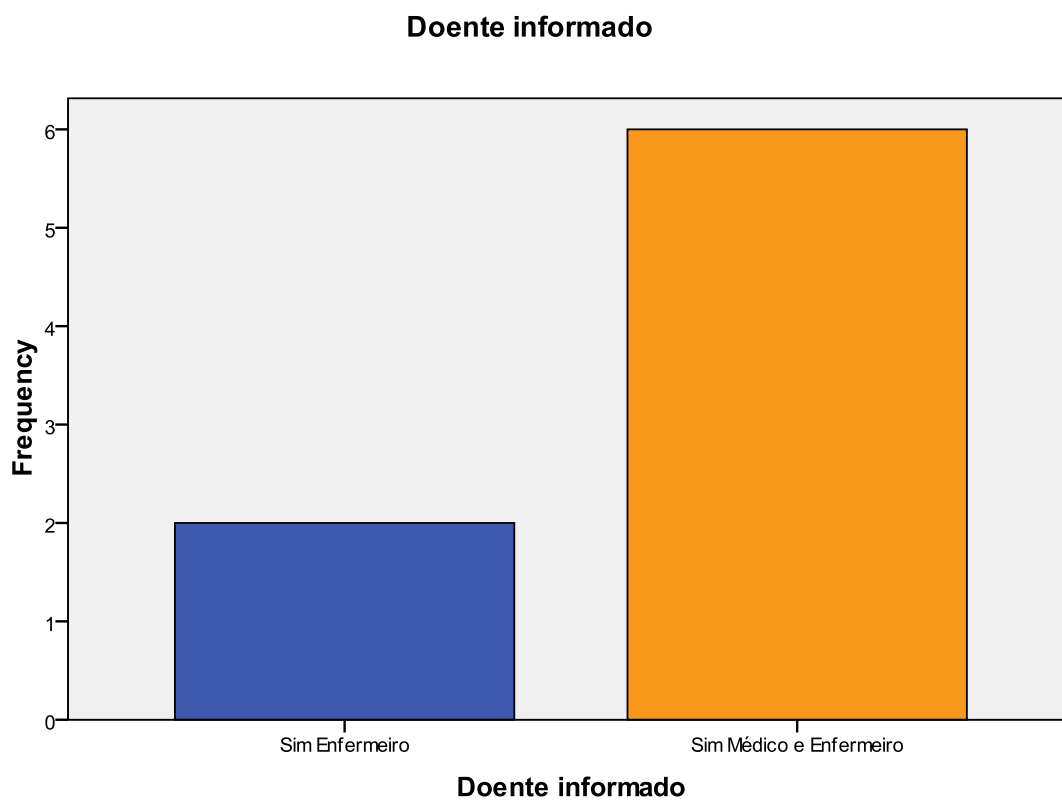
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-2	15	71,4	71,4	71,4
3-6	2	9,5	9,5	81,0
<7 c/ item pont. 2	2	9,5	9,5	90,5
Técnica não realizada	2	9,5	9,5	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Obs. Doente: Escala Etzebarria após**



**Obs. Doente: Escala Etzebarria após**

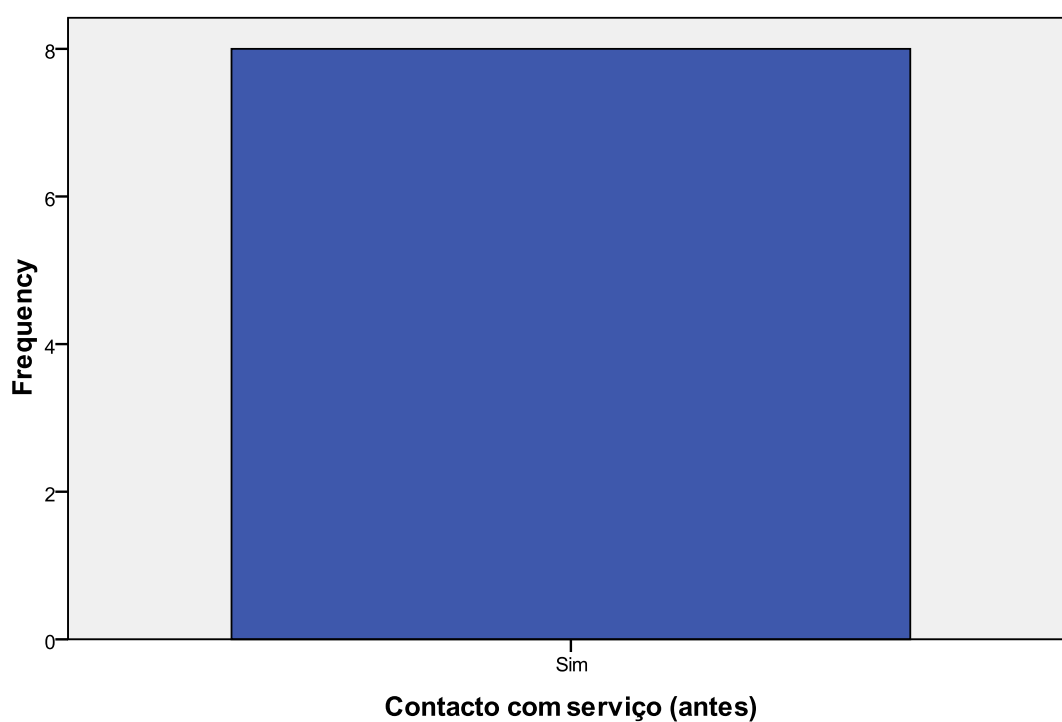
Doente informado					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim Enfermeiro	2	25,0	25,0	25,0
	Sim Médico e Enfermeiro	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	



**Contacto com serviço (antes)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	100,0	100,0	100,0

**Contacto com serviço (antes)**

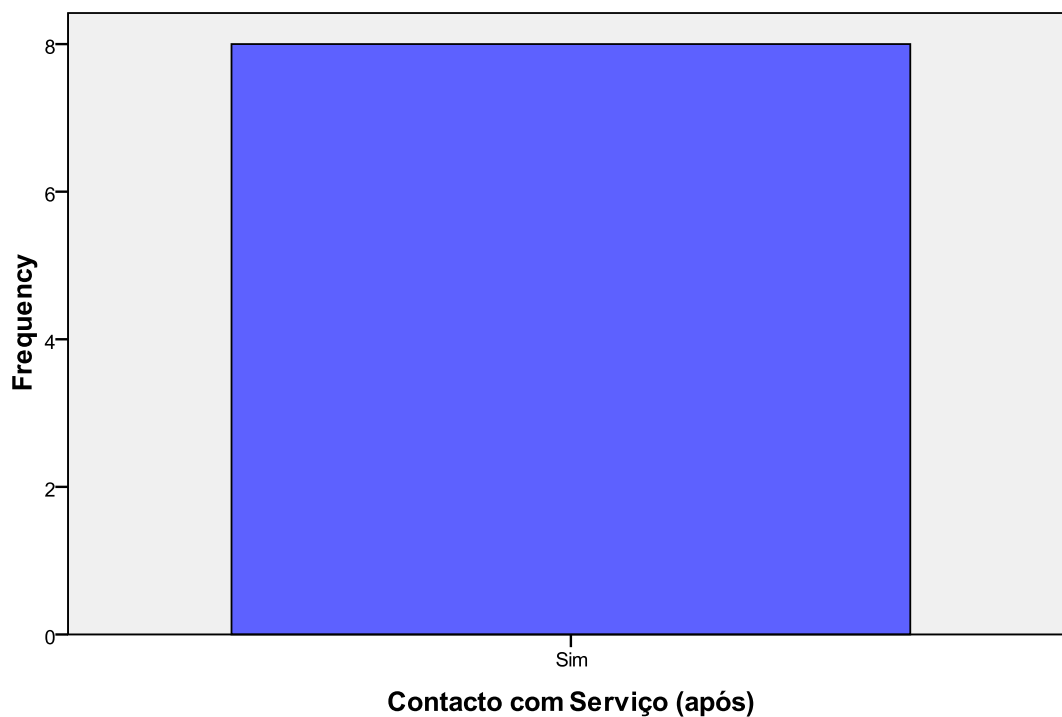




**Contacto com Serviço (após)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	100,0	100,0	100,0

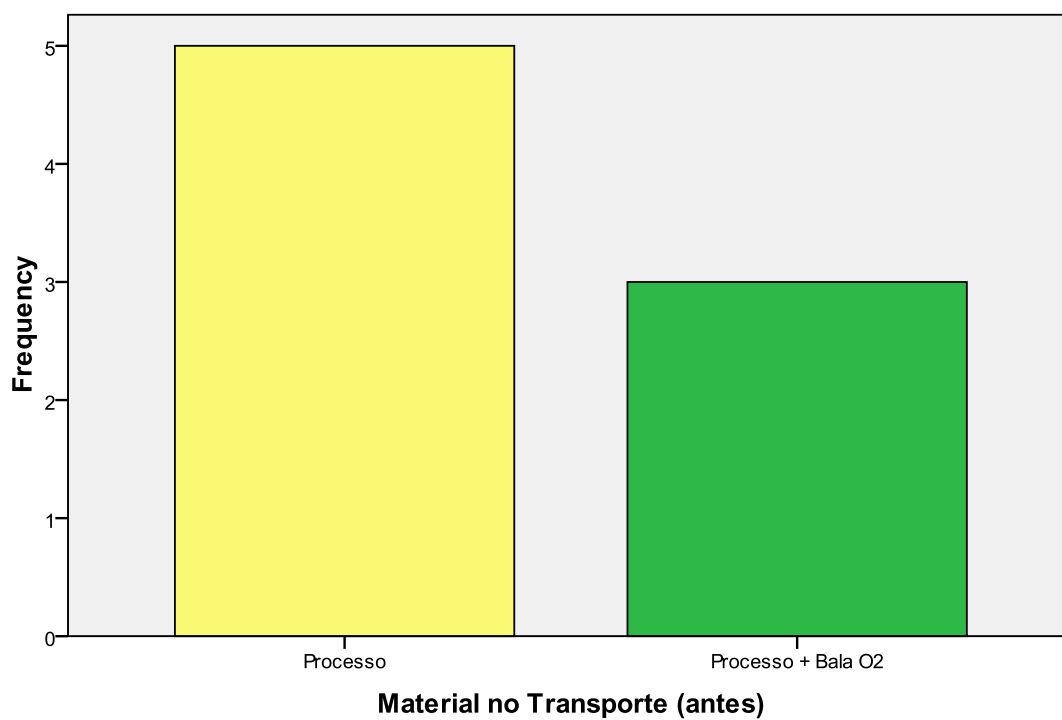
**Contacto com Serviço (após)**



**Material no Transporte (antes)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Processo	5	62,5	62,5	62,5
	Processo + Bala O2	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

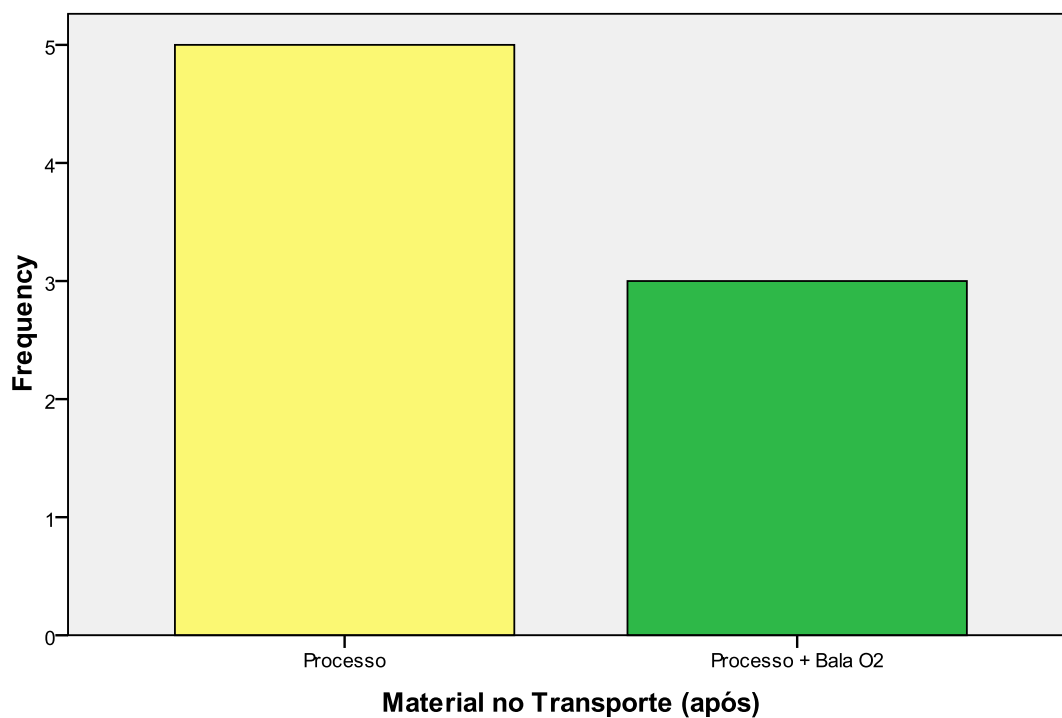
**Material no Transporte (antes)**



**Material no Transporte (após)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Processo	5	62,5	62,5	62,5
	Processo + Bala O2	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

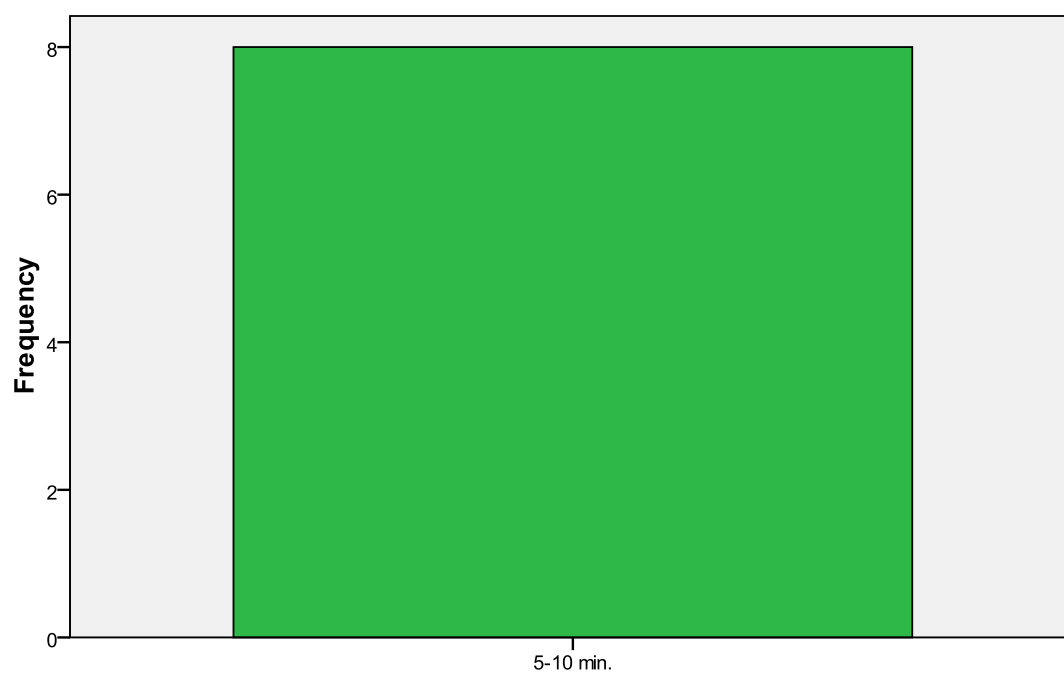
### Material no Transporte (após)



**Tempos totais antes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5-10 min.	8	100,0	100,0	100,0

**Tempos totais antes**

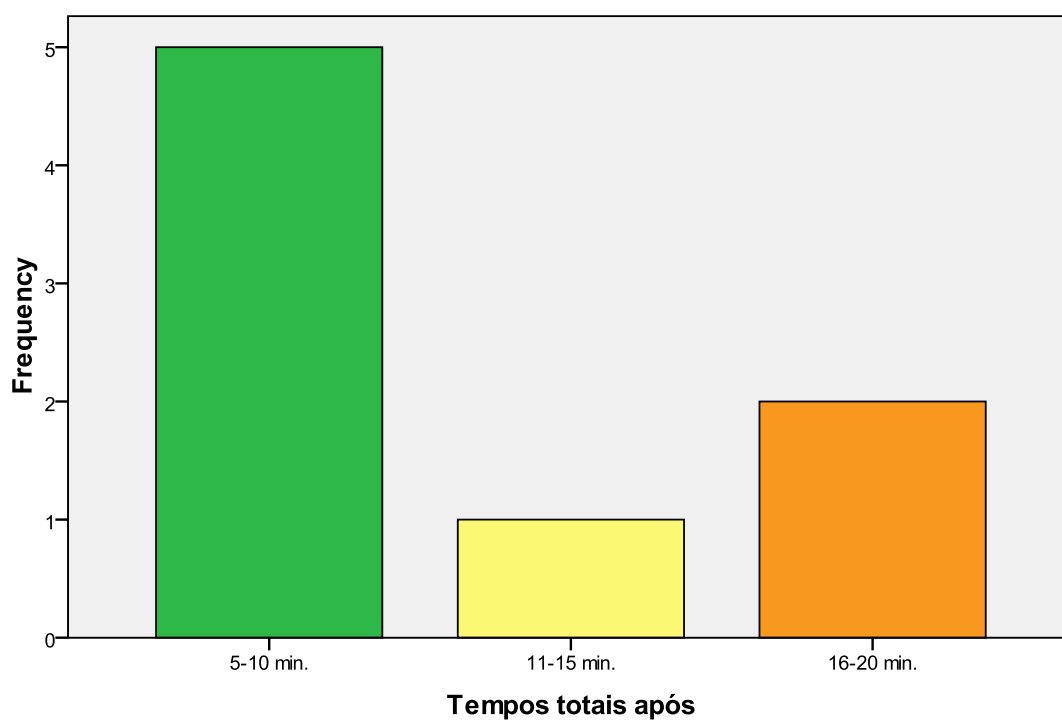


**Tempos totais antes**

**Tempos totais após**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5-10 min.	5	62,5	62,5	62,5
	11-15 min.	1	12,5	12,5	75,0
	16-20 min.	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

**Tempos totais após**



## APENDICE 8 – Análise das Entrevistas – Serviço de Pneumologia

Foram recolhidos e analisados os dados relativos ao Serviço de Pneumologia, no Estudo Piloto - Transporte do Doente Crítico Adulto: Que Critérios estão subjacentes na Tomada de Decisão do Enfermeiro Responsável?<sup>34</sup>, mais especificamente, 7 entrevistas e no que diz respeito ao conhecimento sobre a escala de estratificação de risco / recomendações nacionais e internacionais e dos problemas ou incidentes com os transportes.

### Quadro – Tomada de decisão do Enfermeiro chefe/coordenador/chefe de equipa

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Critérios de selecção (Questão 1)		Recursos humanos disponíveis
		Ter experiência
		Ter experiência em transporte de doentes críticos
		Ter formação
		Ser o enfermeiro responsável do doente
		Momento de aprendizagem
		Capacidade para agir em urgência/emergência
		Idade
		Tempo de serviço
		Conhecimento sobre ventilação
		Gravidade do doente
Critérios de não selecção	Estratégias de resolução da situação	Inexperiência do enfermeiro no transporte do doente crítico
		Supervisão
		Seleccção de outro enfermeiro
		Equipa médica
Equipa de enfermagem (Questão 2)	Enfermeiro	Enfermeiro Perito
		Enfermeiro Iniciado
Tipo de formação (Questão 3)	Formação prática	Contexto de trabalho
	Formação específica	Áreas de formação
Planeamento (Questão 4)	Avaliação do doente	Escalas de classificação
	Equipamento	Preparação do material
	Fármacos	Seleccção dos fármacos
Obstáculos/dificuldades encontrados na efectivação do transporte (Questão 5)	Organizacionais	Estrutura física
	Equipamento	Disfuncionalidade/desconhecimento no manuseamento material
	Segurança do doente	Complicações do doente
	Insegurança do profissional	Falta de segurança do enfermeiro na efectivação do transporte

<sup>34</sup> COSTA et ALL (2010) in: **Estudo Piloto - Transporte do doente crítico adulto: Que critérios estão subjacentes na tomada de decisão do enfermeiro responsável?** Trabalho realizado na Unidade Curricular de Investigação. I CPLEE MC no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

ENFERMEIRO	CONHECIMENTO	INCIDENTES/PROBLEMAS
1	N	- Dificuldades relacionadas com a equipa médica -Dificuldades relacionadas com o material e equipamento -Dificuldades relacionadas com recursos humanos (Rácio Enf/doente)
2	N	-Dificuldades relacionadas com recursos humanos (Rácio Enf/doente) -Dificuldades relacionadas com o material e equipamento
3	N	- Dificuldades relacionadas com a equipa médica
4	N	- Dificuldades relacionadas com o doente - Dificuldades/obstáculos vividos durante o transporte (estrutura física, elevador)
5	N	-Dificuldades relacionadas com o material e equipamento
6	N	-Dificuldades relacionadas com o material e equipamento - Dificuldades relacionadas com a equipa médica
7	N	-

- Dificuldades relacionadas com o material e equipamento (monitor, VNI, mala de transporte – 4 (57%)
- Dificuldades relacionadas com a equipa médica – 3 (43%)
- Dificuldades relacionadas com recursos humanos (Rácio enfermeiro/doente) – 2 (29%)
- Dificuldades relacionadas com o doente – 1 (14%)
- Dificuldades/obstáculos vividos durante o transporte (Elevador) – 1 (14%)
- Os números traduzem um desconhecimento total da existência de uma escala de estratificação de risco para o transporte de doentes, poderemos extrapolar que existe um desconhecimento geral das recomendações nacionais e internacionais, no que diz respeito ao transporte de doentes.



## APENDICE 9 – Termo de Consentimento Informado - Entrevistas Serviço de Pneumologia

---



### Termo de Consentimento Informado

**“A Segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas”.**

**Estudante:** Nuno Oliveira

**Tutores:** Professora Alice Ruivo / Enf.º Especialista Médico – Cirúrgica

O presente estudo está incluído no Estágio a realizar-se no Serviço de Pneumologia (de 12 Janeiro a 8 Maio 2011) referente ao Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

Tem por objetivo fazer um diagnóstico de situação sobre o processo de transporte de Doentes para a realização de técnicas pneumológicas no exterior do serviço de internamento.

Utiliza como instrumento de colheita de dados a observação. Como forma de sustentação do diagnóstico, seria do interesse deste trabalho a utilização de alguns dados recolhidos nas entrevistas realizadas entre Agosto e Setembro 2010 (Serviço de Pneumologia). Nomeadamente, da 3ª e 4ª questão, que correspondem ao conhecimento sobre as recomendações ao transporte e problemas sentidos, respetivamente.

Garante-se a manutenção do sigilo e privacidade.

Sim autorizo

☐

Não autorizo

☐

Rubrica

---

Almada, -----/-----/-----

## APENDICE 10 – Análise das Notas de Campo

**Quadro – Problemas e obstáculos observados e apresentados em notas de campo**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Obstáculos/dificuldades encontrados na efetivação do transporte</b>	<b>Organizacionais</b>	<b>Estrutura física</b>
	<b>Equipamento</b>	<b>Disfuncionalidade/desconhecimento no manuseamento material</b>
	<b>Segurança do doente</b>	<b>Complicações do doente</b>
	<b>Insegurança do profissional</b>	<b>Falta de segurança do enfermeiro na efetivação do transporte</b>

<b>FREQUÊNCIA</b>	<b>INCIDENTES / PROBLEMAS</b>
<b>2</b>	- Dificuldades relacionadas com o Doente
<b>3</b>	- Dificuldades relacionadas com a equipa médica
<b>4</b>	-Dificuldades relacionadas com o material e equipamento
<b>5</b>	-Dificuldades/obstáculos vividos durante o transporte (estrutura física, elevador)

- Dificuldades relacionadas com o material e equipamento (rodados da cama, suporte soro na cama, identificação da cama, bala O<sup>2</sup>) – 4 (29%)
- Dificuldades relacionadas com a equipa médica (alteração de tempos operatórios) – 3 (21%)
- Dificuldades relacionadas com o doente – 2 (14%)
- Dificuldades/obstáculos vividos durante o transporte (Elevador, imanes das portas) – 5 (36%)

## **APENDICE 11 – Serviço de Pneumologia: “Curta - Metragem”**

Relatar sob aspeto de fotografia parece-nos insuficiente para a apresentação de um serviço, assim esta “curta-metragem” do Serviço de Pneumologia pretende descrever o seu funcionamento procura dar dinâmica ou movimento à fotografia apresentada anteriormente. Iremos acompanhar alguns momentos num dia como muitos outros, que tem de particular ser um dia em que irão ser transportados pessoas doentes ao Bloco Operatório para realização de técnicas pneumológicas:

Fevereiro 20011, fazia frio pela manhã quando cheguei ao Hospital para iniciar mais um turno no Serviço de pneumologia. O dia tristonho entrevisto pelas janelas do serviço não era um cenário animador. Neste dia vestia a camisola de estudante, tentando ser um mero observador. Enquanto se espera pelas 8h, pensa-se na enormidade de coisas a fazer neste dia, trabalhos, turnos... ir buscar os filhos à escola...planear os próximos dias...

Como sem perceber, inicia-se a passagem de turno, o serviço está cheio, como é hábito, na moldura geral a maioria das pessoas doentes pertence a uma faixa etária elevada e os motivos de internamento prendem-se essencialmente com diagnósticos médicos de neoplasias do pulmão e/ou doentes crónicos respiratórios descompensados. Uma observação mais direcionada á nossa Enfermagem, teremos uma maioria de Pessoas doentes dependentes nos seus autocuidados, uns simplesmente por velhice, outros por deterioração do seu estado geral e ainda outros por dispneia funcional, proveniente da sua condição de doença.

Temos duas Pessoas doentes para realização de exames pneumológicos no Bloco Operatório, um senhor que vem do domicílio e ficará internado às 8h30m (programado para as 11h, 2º tempo operatório) e uma senhora que já está internada (programado para as 10h, 1º tempo operatório). O senhor irá realizar uma Broncofibroscopia, a senhora uma toracoscopia.

Penosa, mas talvez necessária, mais uma demorada passagem de turno, terminando com a saída dos colegas para a enfermaria, pois é tarde e algumas das Pessoas doente estão em jejum para análises. Tentando antecipar esta saída repentina, pergunto:

-“Quem tem os doentes que vão ao bloco?”

-“Sou eu que tenho os dois.” Responde a Susana enquanto saía da sala de trabalho.

-“Não te esqueças que vou contigo ao bloco, já vou ver os doentes, apresentar-me como estudante e ver os sinais vitais para iniciar o preenchimento da minha folha. Está bem?”

-“Sim está bem, depois dá-me os sinais vitais” diz a Susana.

Depois de um café rápido fui então apresentar-me às Pessoas Doentes na condição de aluno da Especialidade, ambos se encontravam ansiosos. O senhor pela incerteza do seu diagnóstico médico, suspeita de Neoplasia do Pulmão, a senhora pela espera de semanas para a ida ao bloco e também pela sua situação de doença... Subitamente oiço a Susana chamar por mim, dizendo:

-“Nuno, os tempos operatórios foram trocados, temos mudança de planos.”

-“Mais uma vez, parece impossível...vai-nos complicar ainda mais o nosso turno (pensei eu).

O senhor que havia chegado às 8h30m subitamente passa a ficar em 1º tempo operatório, alteração de planos, imensa coisa a fazer-se em pouco tempo. Acolhimento, cateterizar um acesso periférico, cumprir folha de protocolo de bloco (consentimento, exames, próteses...). Enquanto pensava tudo isto ia-me dirigindo para o quarto, que se encontrava vazio. Chamei pela Susana.

-“Susana, onde está o senhor?”

-“Foi fazer RX” – Responde a Susana enquanto se dirigia para outro das suas Pessoas Doentes.

-“Ainda por cima, ainda não tem todos os exames” – Pensei.

- “Susana, se precisares de mim estarei na sala de reuniões, vou adiantado o preenchimento das folhas.” Acrescentei.

-“Nuno vamos o doente já chegou e já chamaram do bloco” – Disse a Susana, já acompanhada da Vânia, Assistente Operacional.

Aqui vamos nós, saímos do quarto com o senhor na cama. Acompanhados também com a sua filha (com cerca de 15 anos) e da sua mãe (cerca de 60 anos). Os três muito ansiosos. Aguardando algumas palavras nossas, na tentativa de minimizar tanta pressão.

-“Cuidado com a porta” adverte a Susana, alertando para o pouco espaço de manobra.

A espera do elevador, felizmente é curta, saímos no piso 1 e avançamos em direção ao bloco. Chegado ao bloco, passou-se a Pessoa doente à colega e para a maca e regressámos ao Serviço. À porta ficaram expectantes mãe e filha. Regressámos ao serviço...

De imediato, uma das Pessoas doentes que estava atribuída à Susana descompensa do ponto vista respiratório, aqui vamos nós (eu e ela) tratando-se de uma Pessoa doente asmática já próxima do momento de alta, já não tinha acesso venoso periférico, o médico esse começava a debitar prescrições... Rapidamente, tomamos posições, a Susana avança com inaloterapia, enquanto eu preparo medicação e cateterizo uma veia.

Ouvimos gritar no corredor: Estão a chamar o segundo doente para o bloco.

- “Susana, vamos” – Disse eu

- “Vamos... São 11h30m e ainda não escrevi qualquer nota” – Acrescenta a Susana enquanto nos dirigimos para a senhora a transportar ao bloco...

É este o mundo onde somos Enfermeiros, somos condicionados e ao mesmo tempo condicionantes da sua estrutura. A Segurança e a Qualidade pretendem ser e estar em tudo o que fazemos. Encontramo-nos por vezes baralhados, somos poucos para tantas solicitações, o tempo foge-nos, porém não esquecemos que:

*“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar os elementos do conhecimento, da destreza, de saber ser, de ajudar alguém, na sua situação singular.”*

WALTER HESBEEN (1997). P. 37

## APENDICE 12 – Ensaio Reflexivo: A Segurança na realização de Técnicas Pneumológicas

---

A complexidade e a combinação dos processos, as tecnologias e a própria essência humana, acarreta um risco inevitável de efeitos adversos. Existe evidência científica sobre os riscos que a Pessoa corre quando acede a um sistema de saúde, alguns resultam da sua própria condição de doença, mas riscos inerentes às tecnologias que o sistema manuseia são frequentemente a causa de problemas, de respostas erradas, de prejuízos que derivam não da situação inicial, mas sim das consequências do acto que foi desempenhado com a intenção positiva de melhorar.

Desde 2002 que a Organização Mundial de Saúde considera que a incidência de eventos adversos é um desafio para a **Qualidade** dos cuidados e causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável.<sup>35</sup> Tendo em consideração a área da saúde como um conjunto complexo de processos, tecnologia e interações humanas, assim como a possibilidade do risco de ocorrência de eventos adversos o *International Council of Nurses*, *International Pharmaceutical Federation* e *World Medical Association* tomaram uma posição conjunta em que colocam a **Segurança** das Pessoas doentes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde<sup>36</sup>

Este ensaio reflexivo acontece no âmbito do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (CPLEE MC), incluído no Estágio III, em que o estágio principal se desenvolveu no Serviço de Pneumologia e pretendeu dar corpo a um Projeto de Intervenção subordinado ao tema: A Segurança dos Doentes no Transporte para realização Técnicas Pneumológicas. Em particular o Estágio Opcional aconteceu em dois momentos distintos (cada um referente a um dia de observação) um no Bloco de Exames e um segundo no Bloco Operatório. O objetivo destes dias passou por dar um contributo experiencial ao momento da realização das técnicas pneumológicas, tendo como substancial na observação o risco e a segurança destas Pessoas doentes, bem como a importância do Enfermeiro nestes contextos.

No primeiro momento de observação, um dia no Bloco de Exames, estavam planeados três exames, duas broncofibroscopias e uma toracentese, os primeiros exames

---

<sup>35</sup>Cf. WHA55.18 *Quality of Care: Patient Safety* (2002) in <http://www.whpa.org/factptsafety.pdf>

<sup>36</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - Tomada de posição do CJ sobre segurança do cliente. In: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

foram realizados a Pessoas doentes internadas no Serviço de Pneumologia, enquanto o último foi uma Pessoa doente que estava internada no serviço de Urgência.

O primeiro exame, assim como o terceiro decorreram sem intercorrências, o segundo pelo contrário teve que ser interrompido pela intolerância da Pessoa doente, pois estes exames são realizados apenas sob anestesia local. A segurança ou o risco foi pisado nesta última situação em que a Pessoa doente perdeu o controlo emocional, entrou em pânico, ficou agitado e tentou retirar o fibroscópio, ao mesmo tempo que acertava com os seus movimentos quer no médico, quer na Enfermeira. Por esse facto o exame foi interrompido.

O papel do Enfermeiro é guardado para último nestas palavras, no entanto revela-se de extrema importância, inicia-se neste processo muito antes da realização da técnica com a confirmação da programação de Pessoas doentes para este dia e pelo planeamento e preparação adequada da sala e do material (conjuntamente com uma Assistente Operacional). Chegada a Pessoa doente continua a sua ação com o acolhimento em que faz um breve ensino sobre os procedimentos que se seguirão. Chega o Médico, inicia-se a técnica com uma colaboração da Enfermeira e da Assistente Operacional que eu classificaria simplesmente de exemplar...

Não sei se foi pontual, não sei se é desta forma todos os dias, também não era objetivo chegar a estas respostas ou conclusões, cabe a esta reflexão tentar entender e valorizar o papel do Enfermeiro. E desta forma, eu diria que a segurança, bem como a atenção transmitida no antes, no durante e no depois do exame pela Enfermeira deverá estar relacionado com o facto de estarmos na presença de uma Enfermeira Perita (com cerca de dezoito anos de exercício profissional).

Falamos em anos, mas não confundamos experiência com antiguidade, ou acumulação de anos. De acordo com Benner<sup>37</sup> que nos seus estudos da prática clínica de Enfermagem define o Perito como alguém com uma enorme experiência, compreendendo de forma intuitiva cada situação, aprendendo diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções.

*“ A coerência, a previsibilidade e a gestão de tempo são importantes e ganhar um sentido de domínio através do planeamento e da previsibilidade é a concretização.”*<sup>38</sup>

TOMEY et ALLIGOOD (2004, p.192) cit. BENNER (1992)

---

<sup>37</sup> BENNER (2001) in: De Iniciado a Perito.

<sup>38</sup> TOMEY et ALLIGOOD (2004) in: Teóricas de Enfermagem.

O segundo momento de observação foi no Bloco Operatório, onde estavam planeadas dois exames, um primeiro a realização de uma toracoscopia e um segundo uma broncofibroscopia.

Aqui e em comparação com o momento anteriormente apresentado, os recursos são evidentemente mais, contribuindo grandemente para a segurança: Estão em sala, dois médicos pneumologistas, uma anestesista, três Enfermeiros e um assistente operacional. Dos três Enfermeiros, um está de apoio á anestesia, outro de apoio à instrumentação e outro de circulante. Este terceiro é também o Enfermeiro responsável pela sala.

À semelhança da situação anterior, no que diz respeito ao papel do Enfermeiro, este assume-se ainda antes da chegada da Pessoa doente, com uma preparação da sala, da equipa Enfermagem e assistente operacional tendo por base o planeamento dos exames. Chegado a Pessoa doente, um dos colegas faz o acolhimento, explicando os futuros procedimentos que compõem a técnica e coloca-o na sala já previamente preparada. Tudo a postos, chega a anestesista, anestesia, chegam de imediato os pneumologistas e avança-se com a técnica. Durante os procedimentos que duraram, no primeiro, cerca de duas horas e no segundo cerca de uma, houve como única intercorrência a necessidade de reforçar a anestesia geral, durante a toracoscopia.

Depois dos procedimentos estas Pessoas doentes foram acordadas ainda na sala de intervenção e posteriormente levadas para o recobro onde ficariam devidamente monitorizadas e vigiadas.

Aqui também a segurança está mais contemplada, na primeira observação no Bloco de Exames a Pessoa após exame, ficaria ou em maca no corredor ou numa sala, antes de regressar ao serviço ou a casa. Sendo que a Enfermeira, continuaria na sala com outra Pessoa doente, com outro exame. No contexto do Bloco Operatório, os números assim o permitem, os meios também, no entanto houve recurso à anestesia geral e portanto o risco também é efetivamente maior.

Também à imagem da situação anterior importa salientar no papel dos Enfermeiros, que nesta equipa estavam incluídos, como responsável pela sala uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, como instrumentista estava um Enfermeiro Perito com cerca de vinte anos de profissão e como apoio à anestesia estava uma colega um pouco mais nova.



Todos demonstrando um grande à-vontade e uma grande segurança nas suas intervenções. Perdoem-me os intervenientes pelas comparações, mas será apenas um exercício reflexivo, uma imagem que poderá estar distorcida da realidade...

No entanto, esta reflexão, bem como estas comparações fizeram emergir uma questão há muito pensada por mim, que se prende com as diferenças entre Enfermeiro Perito e Enfermeiro Especialista. Em que muito se assemelham pela qualidade que apresentam na sua prestação, sendo que ao Perito já havia sido dado espaço neste texto e portanto agora o momento impõe uma questão: E então, o Enfermeiro Especialista acrescenta algo?

SIM, sem querer menosprezar o papel tão importante e dignificante do Enfermeiro Perito, é pretendido ao Enfermeiro Especialista que seja um Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

Sendo que entre as competências comuns do Enfermeiro Especialista, poderei realçar a do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal em que se pretende que o Enfermeiro Especialista, demonstre um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Devendo estas competências assentar num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, assim como na avaliação sistemática das melhores práticas<sup>39</sup>.

No que diz respeito às Competências Específicas, destacaria que o Enfermeiro Especialista, considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, assim como também deverá prestar cuidados à Pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Pretende-se ainda que demonstre conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, tal como deverá saber gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos...

---

<sup>39</sup> ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) in: Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades clínicas em Enfermagem. Conforme regulamentado *pelo* Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

...Talvez o que distinguirá o Enfermeiro Especialista é a diferença que distancia a boa prática e a praxis, ambas ambicionam a excelência do exercício mas por caminhos que poderão não se cruzar. Numa última consideração sobre estes dois da Excelência em Enfermagem gostaria de salvaguardar que o Ser Perito não passa pela conquista de um papel, passa essencialmente pela qualidade do exercício, bem como pelo reconhecimento dos seus pares, já o Ser Especialista é de forma dignificante exercida por alguns, mas também é maltratado por outros. O ótimo será subir esta escadaria, nascer Enfermeiro, tornar-se Perito e transformar-se Enfermeiro Especialista.

Terminaria, lembrando que a Qualidade dos Cuidados, assim como a Segurança têm sido reconhecidos como condição chave na criação dos sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes sendo que a como já fortemente demonstrado a Profissão de Enfermagem tem obrigações para com a sociedade e para com as Pessoas doentes ou clientes, em prestar e a promover cuidados de elevada qualidade.

**UM OBRIGADO AO SERVIÇO DE BLOCO DE EXAMES E BLOCO OPERATÓRIO,  
Às Pessoas que me possibilitaram estes dois momentos de observação e que resultaram neste momento  
de reflexão.**

## **CPLEE MÉDICO CIRÚRGICA**



**5  
Maio**

**14h**

***A SEGURANÇA NO TRANSPORTE DE DOENTES  
PARA REALIZAÇÃO TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS***

### **RESULTADOS E SUGESTÕES**

**Estudante: Nuno Oliveira**

**Tutor Esp. Médico   Cirúrgica: Enf.º  
Prof. Tutora : Prof. Alice Ruivo**

## **APENDICE 14 – Plano de Sessão**

---

### **PLANO DE SESSÃO**

**TEMA:** A Segurança dos Doentes no Transporte para realização Técnicas Pneumológicas – Apresentação dos Resultados e Sugestões

**DATA:** 5 Maio 2011

**HORA:** 14h00m

**TEMPO:** 1h 30m

**LOCAL:** Sala de Reuniões do Serviço

**MEIOS AUDIOVISUAIS DISPONÍVEIS:** PC, TV

**CONTEXTO:** CPLE Médico – Cirúrgica – Estágio III

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros do Serviço de Pneumologia

#### **OBJECTIVO GERAL:**

**Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados à Pessoa doente submetido ao transporte para a realização de Técnicas Pneumológicas no exterior do Serviço de Pneumologia.**

#### **OBJECTIVOS ESPECIFICOS:**

- Divulgar Resultados do Estudo
- Divulgar Recomendações Nacionais no Transporte de Doentes (Crítico)
- Apresentar Sugestões do Estudo

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Formador</b>	<b>Tempo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Materiais pedagógicos</b>	<b>Meios audiovisuais</b>	<b>Avaliação</b>
Divulgar Resultados do Estudo	Introdução	Nuno Oliveira	5m	Expositiva/ Interactiva	Power Point	PC e TV	
	Apresentação das Situações de Risco		20m				
Divulgar Recomendações Nacionais	Apresentação de síntese da Recomendações Nacionais	Nuno Oliveira	10m	Expositiva/ Interactiva	Power Point	PC e TV	
Apresentar Sugestões do Estudo	Apresentação de Sugestões Organizacionais	Nuno Oliveira	45m	Expositiva/ Interactiva	Power Point	PC e TV	
	Apresentação de Sugestões de Procedimento						
	Discussão		10m				



## **CPLEE MI CIRÚRGICA**

*A SEGURANÇA NO TRANSPORTE DE DOENTES  
PARA  
REALIZAÇÃO TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS*

**Estudante: Nuno Oliveira**

**Tutor Esp. Médico – Cirúrgica: Enf.º**  
**Prof. Tutora : Prof. Alice Ruivo**

## CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



### o FINALIDADE

Proporcionar um espaço de **aprendizagem** que conduza ao **desenvolvimento de competências** especializadas ao nível da **avaliação, planeamento**, intervenção e investigação em processo associados à Enfermagem Médico-Cirúrgica, permitindo o **desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho**.



## CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



### ○ RESULTADO DE APRENDIZAGEM

A identificação, fundamentada, de uma **problemática clínica** de Enfermagem Médico-Cirúrgica e a formulação de um **Projecto de Intervenção**:

1. **Diagnóstico de Situação**
2. **Planeamento**





# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO

## ○ PROJECTO –

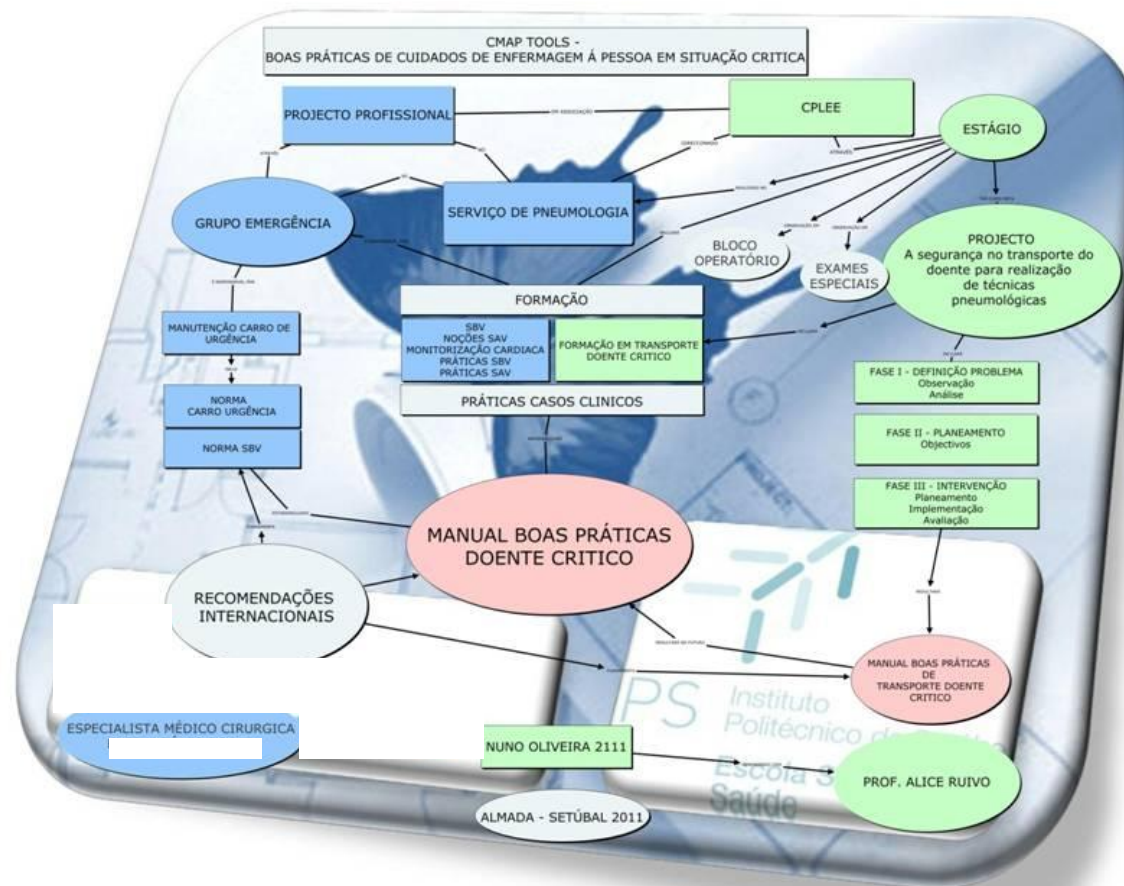


Da percepção...



Ao Diagnóstico de Situação...







**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**  
**I CPLEE Médico Cirúrgica**  
**ESTÁGIO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA**  
**ESTÁGIOS OPCIONAIS: Bloco Operatório e Bloco de Exames**

**Calendário 2011**

Calendário 2011	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab	Dom	Seg	Ter						
Janeiro						F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Fevereiro		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28							
Março		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Abril					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Maio						F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Junho			1	2	3	4	5	6	7	8	9	F	11	12	F	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
Julho				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Agosto		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	F	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
Setembro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Outubro					1	2	3	4	F	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Novembro		F	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
Dezembro			F	2	3	4	5	6	7	F	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	N	26	27	28	29	30	31			

Estágio no Serviço de Pneumologia

Estágio Bloco Operatório

Estágio Bloco de Exames

Jornadas da Dor



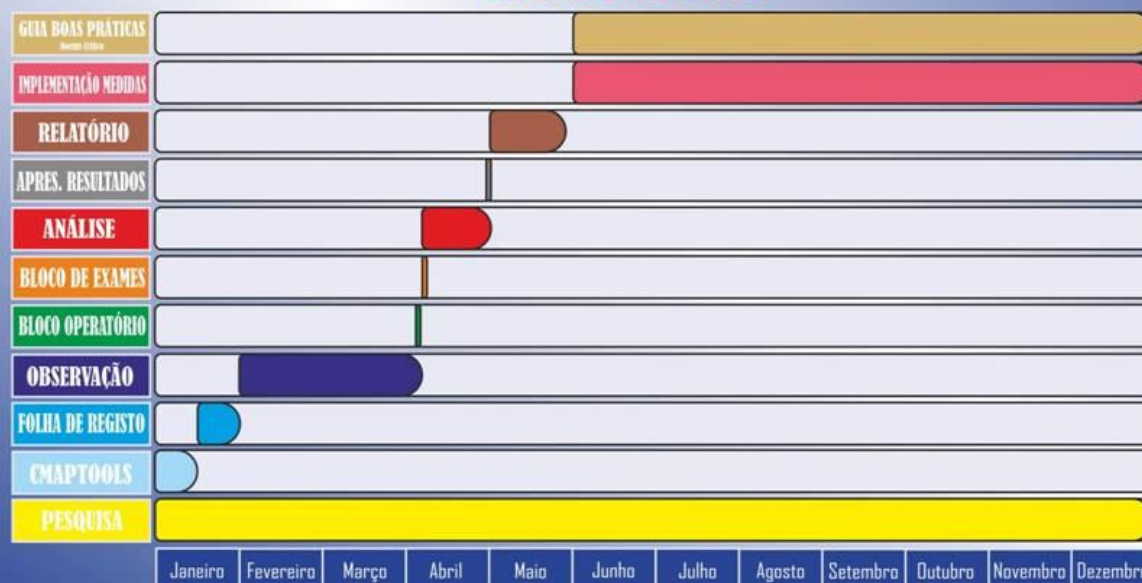
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

I CPLEE Médico Cirúrgica

**ESTÁGIO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA**

ESTÁGIOS OPCIONAIS: Bloco Operatório e Bloco de Exames

## CRONOGRAMA



Nota: A avaliação das medidas implementadas será realizada após 6 meses do seu início projectando-se acontecer no ano de 2012

# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## o PROJECTO - Resultados

A Segurança no Transporte de Doentes  
para  
a Realização de Técnicas Pneumológicas

Entrevistas - Observação - Notas Campo

Base Teórica p/ Observação – Adaptação da  
Escala de Etxebarria et Al (1998)

Estudo Exploratório Descritivo

Análise Quantitativa (SPSS) Qualitativa (Birdin  
1977)





## CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



### ○ PROJECTO - Resultados

#### Observação

#### Amostra não probabilística acidental

57,1 % são do sexo masculino, 42,9 % do sexo feminino. A faixa etária foi predominante entre 71 – 80 anos. Sendo que neste estudo participaram Pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 80 anos.

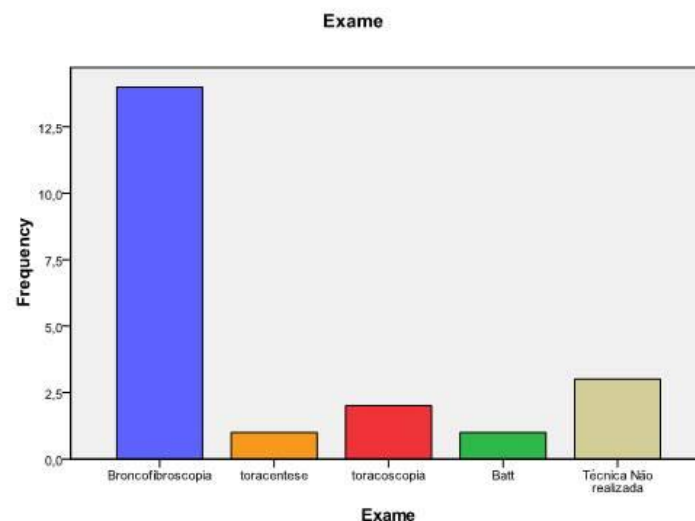


# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## ○ PROJECTO - Resultados

Observação



66,7 % BF

9,5 % Toracoscopias

4,8% Toracenteses

4,8 % BATT.

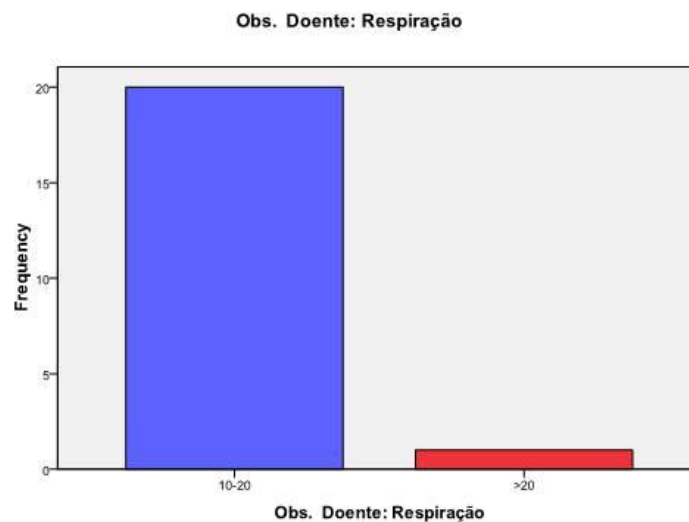
**42,9% foram acompanhados por Assistentes Operacionais  
e 42,9 % por Enfermeiro e Assistente Operacional**

# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## o PROJECTO - Resultados

Observação



Situação (10) - Antes e Após  
Frequência respiratória > 20

Acompanhada por AO





# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO

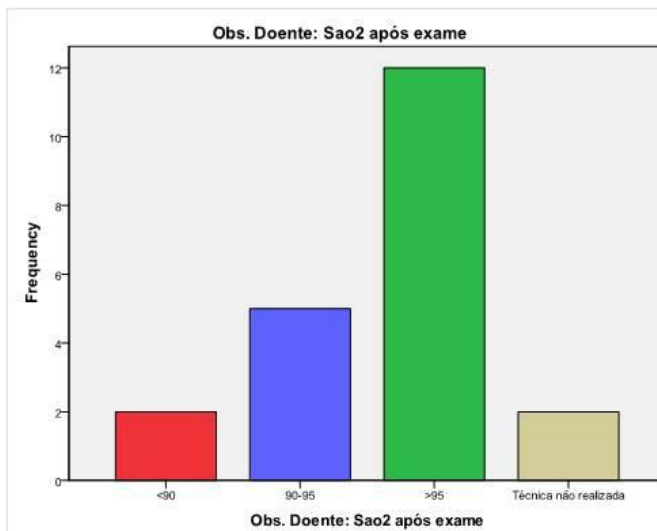
## o PROJECTO- Resultados



### Observação

**Após - Situação (10 e 11) -  
SaO<sub>2</sub> < 90%**

**Acompanhada por  
Enfermeiro e AO (BO)**

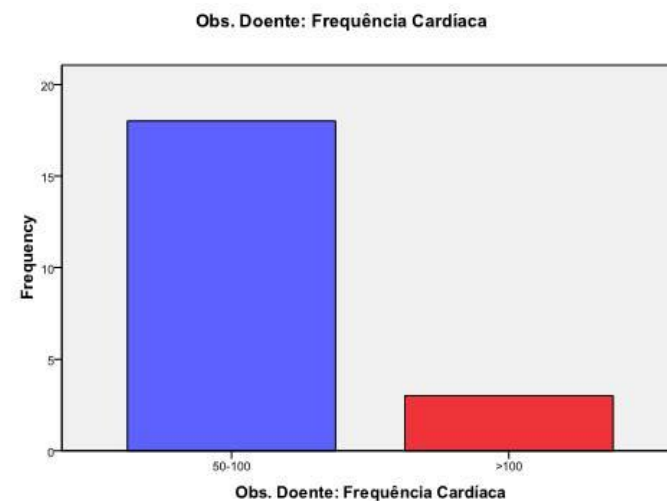


# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## ○ PROJECTO - Resultados

### Observação



**No Antes – Situações  
(10, 16, 20) FC > 100**

**No após Situação (10)  
FC > 100**

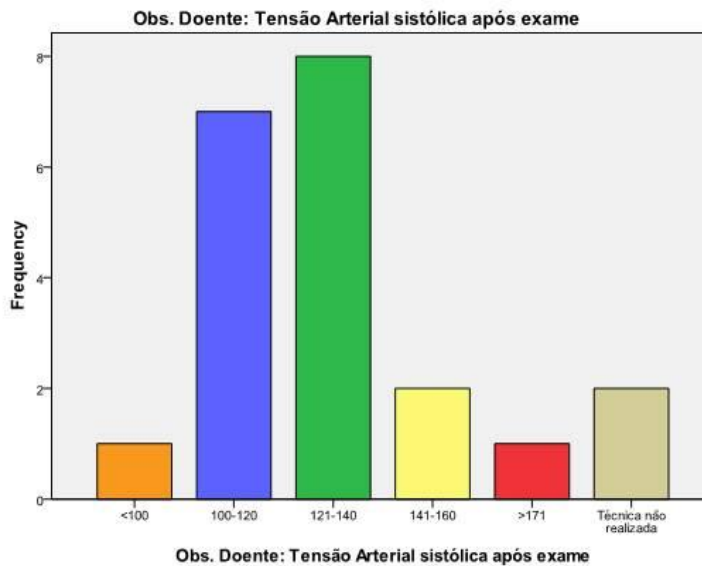
**Apenas a Situação 20  
Acompanhada por  
Enfermeiro e AO (BO)**

# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## o PROJECTO - Resultados

Observação



No Após – Situação (3)  
TA Sistólica > 171  
(203mmhg)

EAP

Acompanhada por  
AO

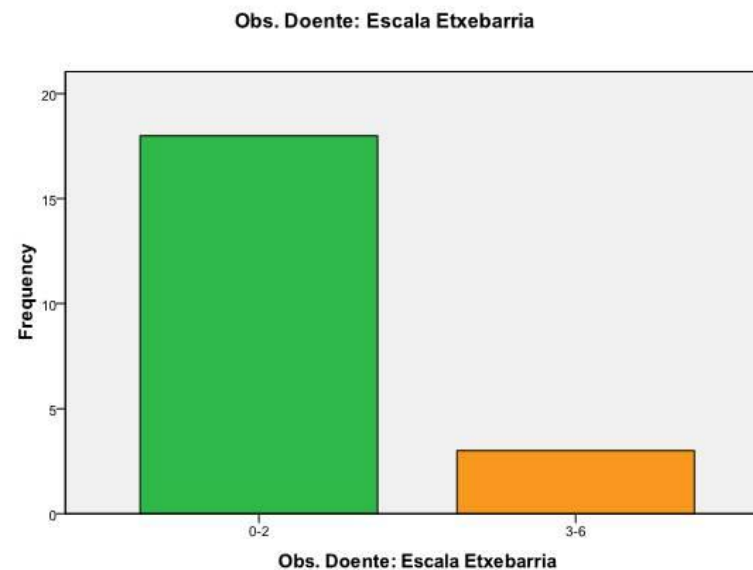


# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## o PROJECTO - Resultados

Observação



No Antes –  
Ponderação 3 – 6

Situação (10, 16, 20)

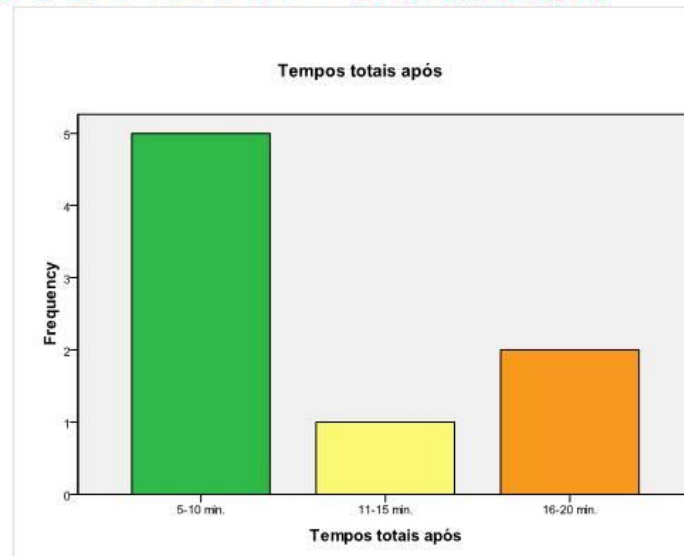
Somente a Situação (20)  
Acompanhada por  
Enfermeiro e AO (BO)



# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## ○ PROJECTO - Resultados



## Observação

**No Antes nunca  
excederam os 10 min.**

**No Após 3 situações  
Excederam os 10 min.**

**Causa principal –  
Demora do elevador**



# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



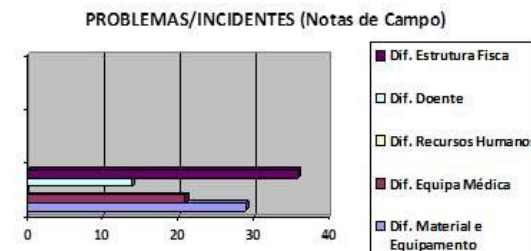
## PROJECTO - CONCLUSÕES

### Da Percepção ao Diagnóstico:

✓Existem situações de risco  
desprotegidas

✓Problemas sentidos

✓Desconhecimento das  
Recomendações Nacionais e  
Internacionais



# CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO



## ○ PROJECTO –

1. PG Médico – Cirúrgica (2007)
  - Pesquisa
2. CPLEE MC (2010/11)
  - Pesquisa
  - Estudo Piloto + Projecto Estagio
  - Conclusões e sugestões





ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

I CPLEE MÉDICO-CIRÚRGICO - ESTÁGIO SERVIÇO PNEUMOLOGIA -

A SEGURANÇA NO TRANSPORTE DE DOENTES PARA REALIZAÇÃO TÉCNICAS PNEUMOLÓGICAS

ANÁLISE DADOS OBSERVAÇÃO DOENTE

	DATA	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO MÉDICO	DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM	EXAME	SITUAÇÃO	ACOMPANHAMENTO	1. V. AÉREA	2. RESP. FREQ. RESP.	3. A. RESP. S/C	3. A. V. HEM. FREQ. CARD.	3. A. V. HEM. TA	4. QREN. AA. VAL. TRANSF.	5. AVAL. S.R.C.	6. SEG. AVAL. ESTEABARRA	SCORE							
1	4/02	80	M	N. PULMÃO	DISPNEIA F-GM	BF	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	130/80	100/70	N	N	N	15	15	L	1	1
2	4/02	56	F	HEMOR. a intestino	PERDA SG PELA BOCA	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	144/82	132/81	N	N	N	15	15	G	1	1
3	4/02	25	F	ESTENOCAR. TRAQUEAL	RISCO PERDA SG	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	123/90	104/74	N	N	N	15	15	G	1	1
4	6/02	75	F	N. PULMÃO	RISCO PERDA SG	BF	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	147/77	103/74	N	N	N	15	15	L	1	1
5	10/02	66	F	FIBROSE PULMONAR	DISPNEIA F-GM	BF	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	140/75	136/65	N	N	N	15	15	L	2	2
6	11/02	72	M	TRICUSPIDIOMIA	DISPNEIA F-GM	BF	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	104/64	119/71	N	N	N	15	15	L	2	2
7	14/02	70	M	N. PULMÃO	DOR LOMBAR /TORÁCICA	BF	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	134/81	140/82	N	N	N	15	15	L	1	1
8	18/02	46	M	N. PULMÃO	RISCO PERDA SG	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	130/80	145/104	N	N	N	15	15	G	1	1
9	18/02	66	F	DOENÇA PULMONAR, ENQ.	DISPNEIA F-GM	100% RISCO	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	133/78	126/71	N	S	N	15	15	G	2	2
10	24/02	80	M	N. PULMÃO + Doen. Pleu	DISPNEIA em Repouso - GR	toracica leve	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	137/78	167/81	N	N	N	15	15	L	5	5
11	4/03	56	M	Tuberculose Ganglionar?	RISCO PERDA SG	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	121/80	134/96	N	N	N	15	15	G	1	1
12	4/03	50	F	TP	RISCO PERDA SG	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	105/80	100/69	N	N	N	15	15	G	1	1
13	7/03	72	M	Aspergilose	Dispneia func. GR	BF	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	124/73	131/77	N	N	N	15	15	L	2	2
14	7/03	72	F	Neo Pulmão	Dispneia func. GR	BATT	I	AD	AD	SN	10	10	90	90	131/71	130/64	N	N	N	15	15	L	2	2
15	7/03	65	M	Pneumonia	Dispneia func. GM	BATT	I	AD	AD	SN	10	10	90	90	126/54	-	N	N	N	15	15	-	2	-
16	11/03	74	M	Doença pleural	Dispneia func. GM	toracica leve	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	140/80	139/71	N	N	N	15	15	L	4	2
17	15/03	66	M	Neo Pulmão	Risco perda sg	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	131/84	137/82	N	N	N	15	15	G	2	2
18	15/03	33	M	Estenose Traqueal	DISPNEIA em Repouso - GR	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	109/64	106/67	N	N	N	15	15	G	1	1
19	17/03	33	M	Estenose Traqueal	DISPNEIA em Repouso - GR	BF	EP	AD	AD	SN	10	10	90	90	106/69	105/60	N	N	N	15	15	L	1	1
20	18/03	74	M	Doença Pleural	Dispneia func. GM	toracica copia	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	136/82	135/83	N	S	N	15	15	G	4	2
21	18/03	71	M	Estenose Traqueal	Dispneia func. GM	BF	BO	AD	AD	SN	10	10	90	90	106/67	-	N	N	N	15	15	-	1	-

ANTES EXAME NÃO REALIZADO

DEPOIS

SITUAÇÃO DE RISCO

☒ ANTES ☐ EXAME NÃO REALIZADO  
☒ DEPOIS  
☒ SITUAÇÃO DE RISCO





## CPLEE MÉDICO – CIRÚRGICA ESTÁGIO

### ○ PROJECTO –



Os Projectos não se constroem  
individualmente...

Num oceano de dúvidas,  
Tenho apenas uma certeza...



## OBRIGADO...



## APENDICE 16 – Diagramas de Intervenção

### TRANSPORTE DE DOENTES PARA BLOCO DE OPERATÓRIO – DIAGRAMAS

#### Situação Atual de Transporte de Doentes para Bloco Operatório

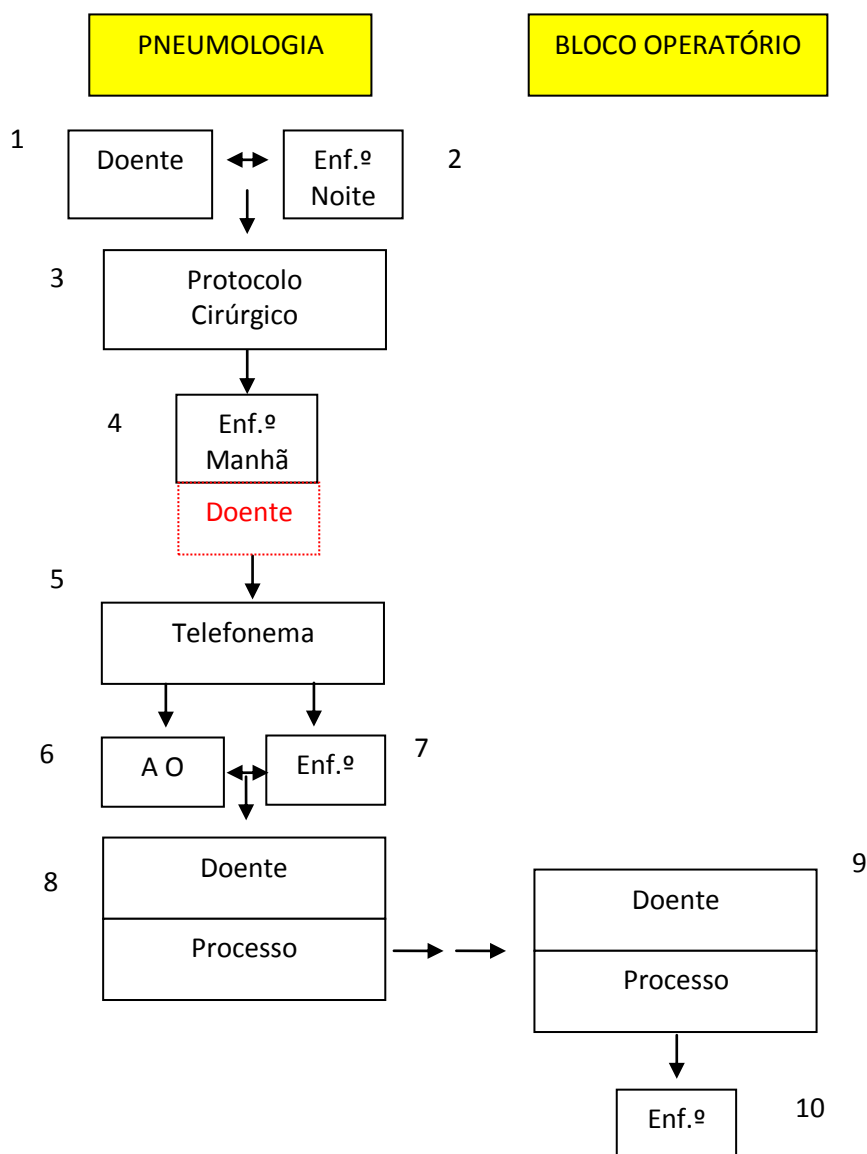


Diagrama 1 – Situação Atual de Transporte de Doentes para Bloco Operatório

## Situação Proposta para o Transporte de Doentes para Bloco Operatório

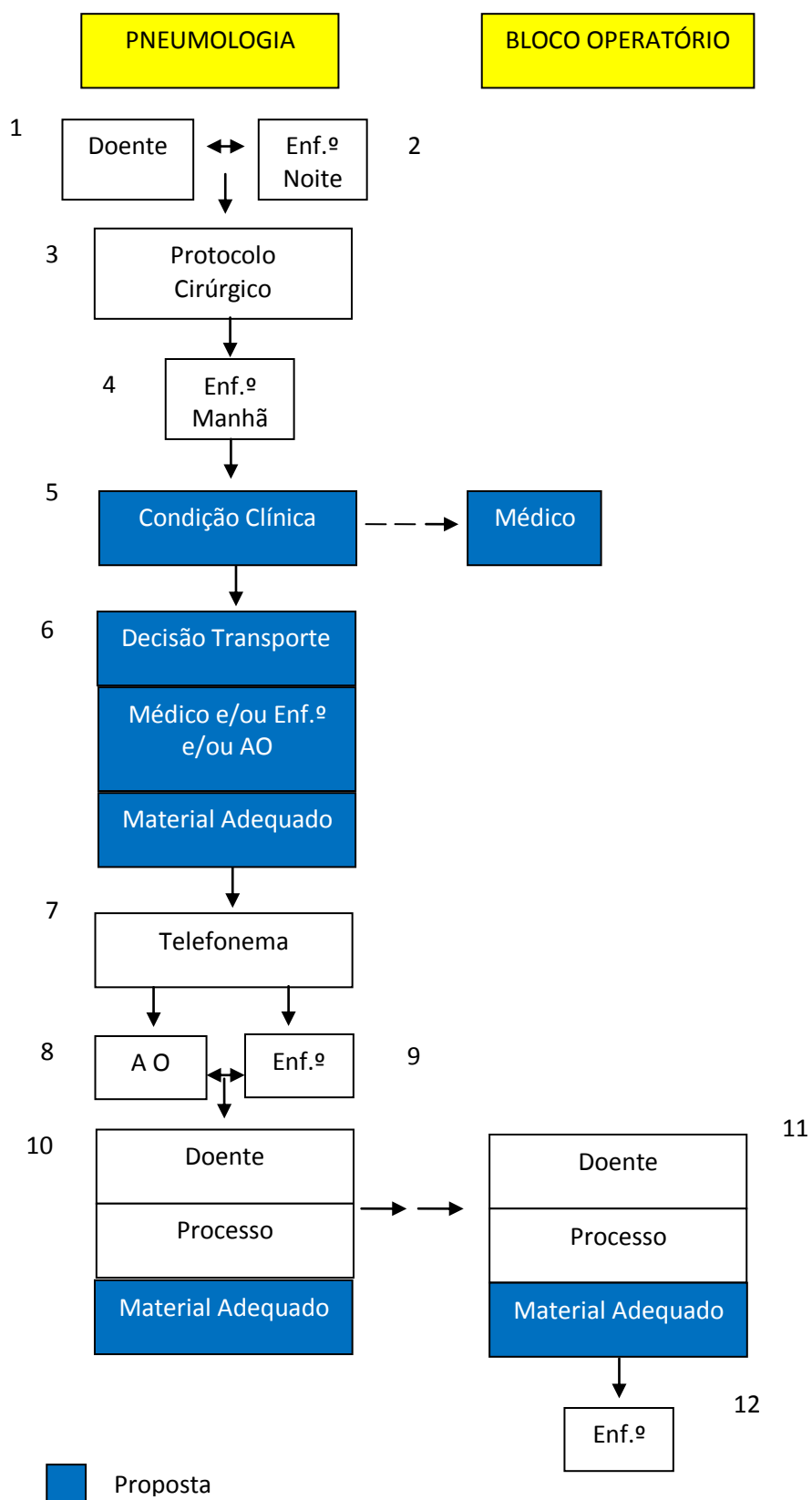


Diagrama 2 – Situação Proposta para o Transporte Doentes para Bloco Operatório

### Situação Atual de Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Operatório

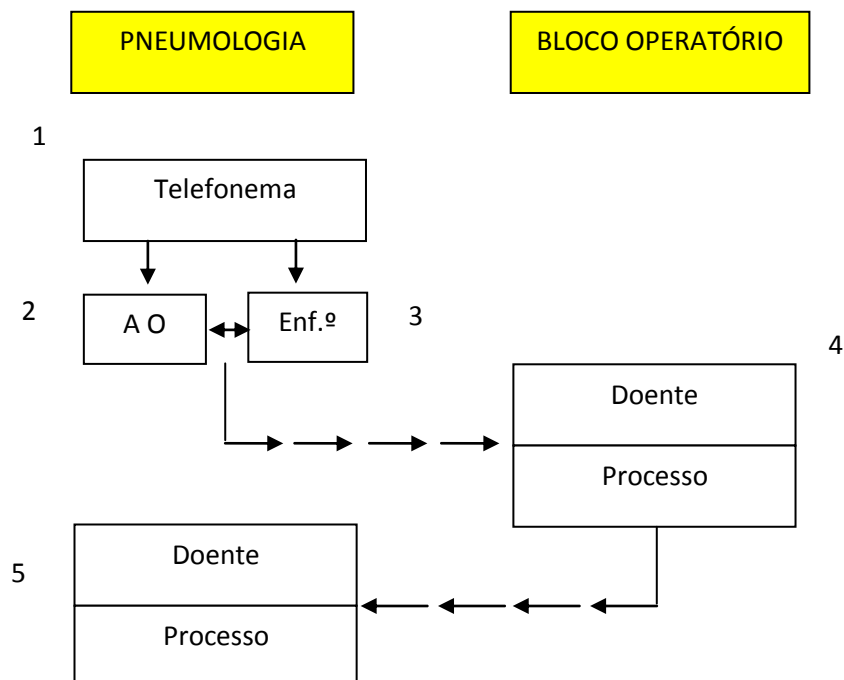


Diagrama 3 – Situação Atual de Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Operatório

Situação Proposta para o Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Operatório

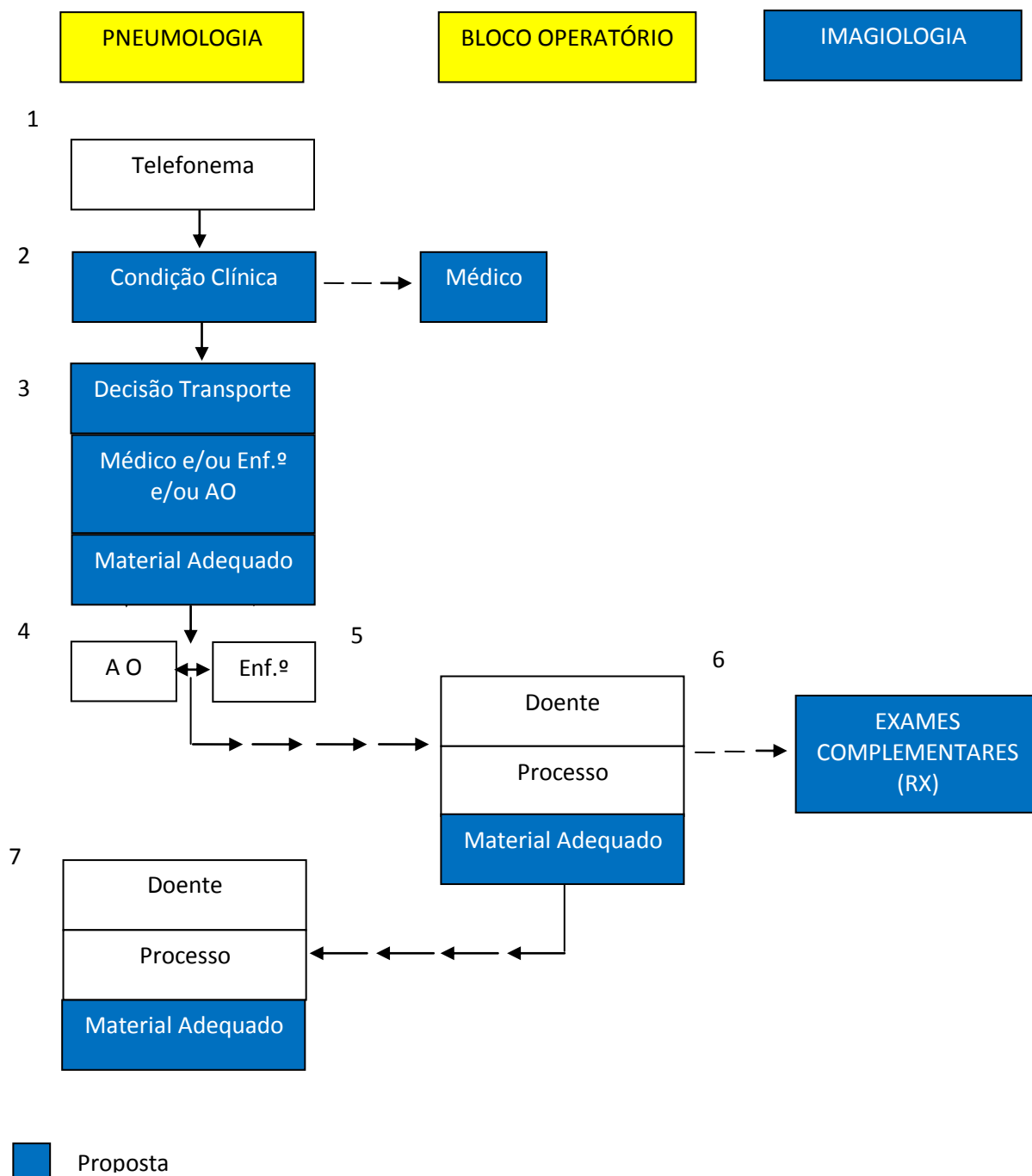


Diagrama 4 – Situação Proposta para o Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Operatório

## TRANSPORTE DE DOENTES PARA BLOCO DE EXAMES - DIAGRAMAS

### Situação Atual de Transporte de Doentes para Bloco de Exames

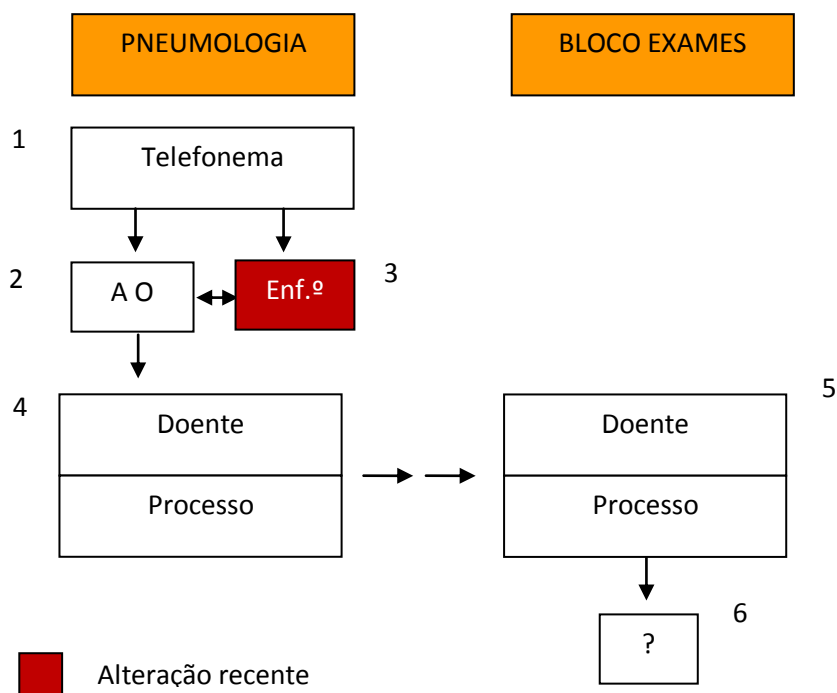


Diagrama 5 – Situação Atual de Transporte de Doentes para Bloco de Exames

## Situação Proposta para o Transporte de Doentes para Bloco de Exames

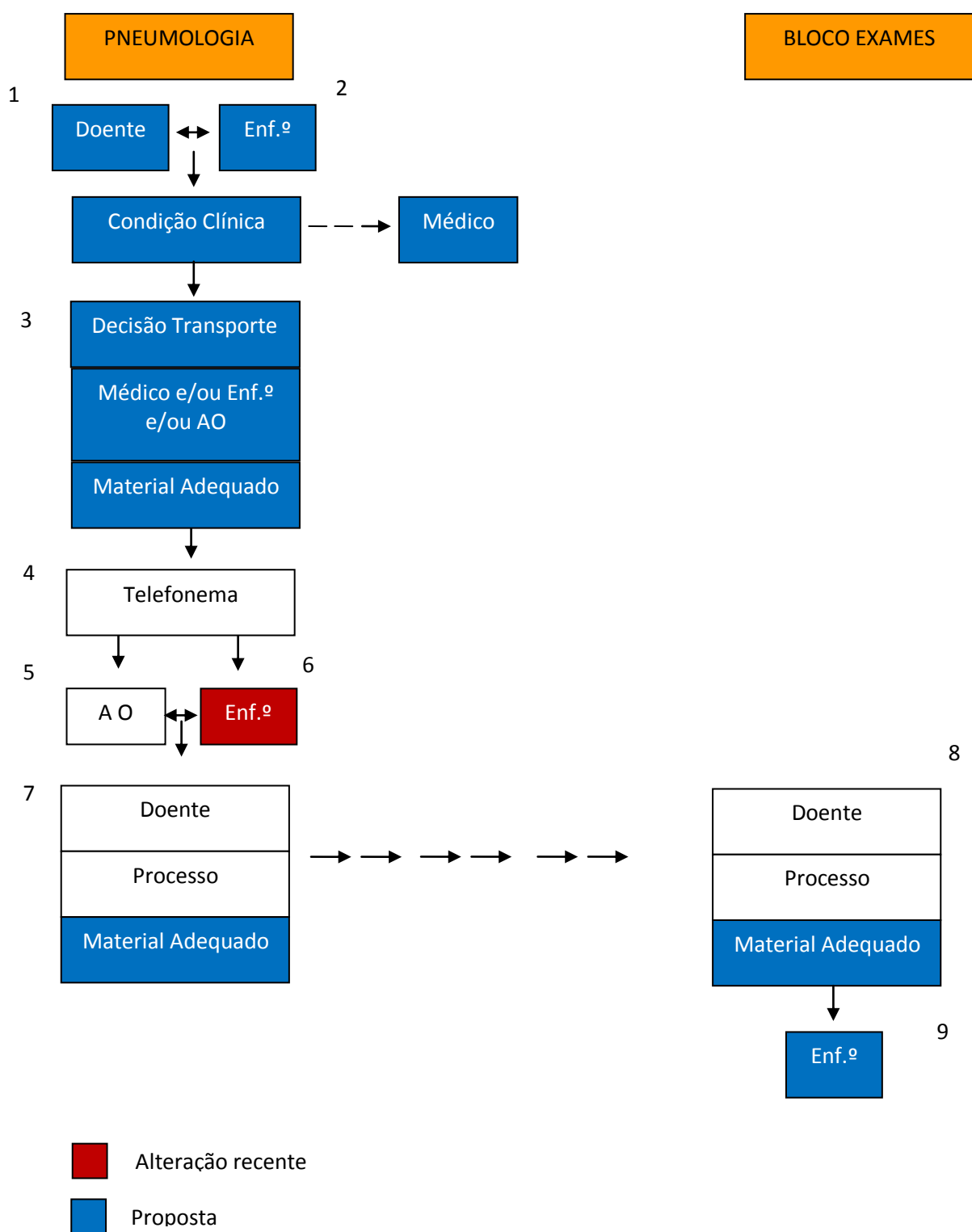


Diagrama 6 – Situação Proposta para o Transporte Doentes para Bloco de Exames

### Situação Atual de Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Exames

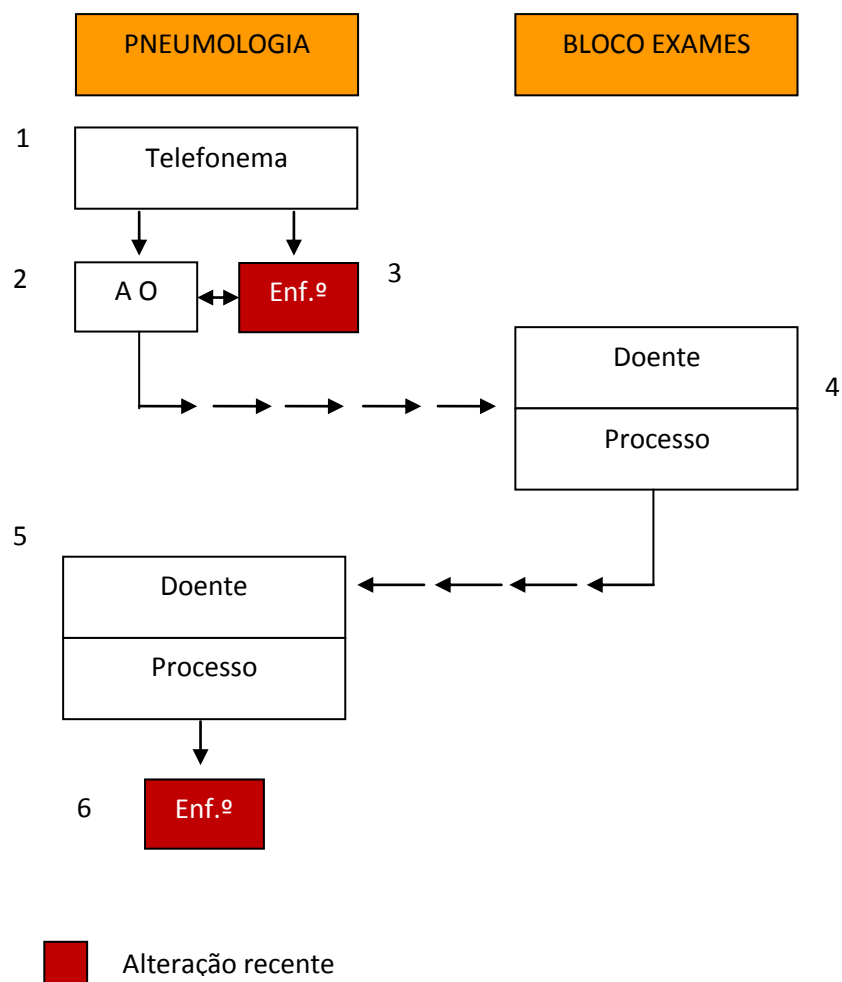


Diagrama 7 – Situação Atual de Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Exames



### Situação Proposta para o Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Exames

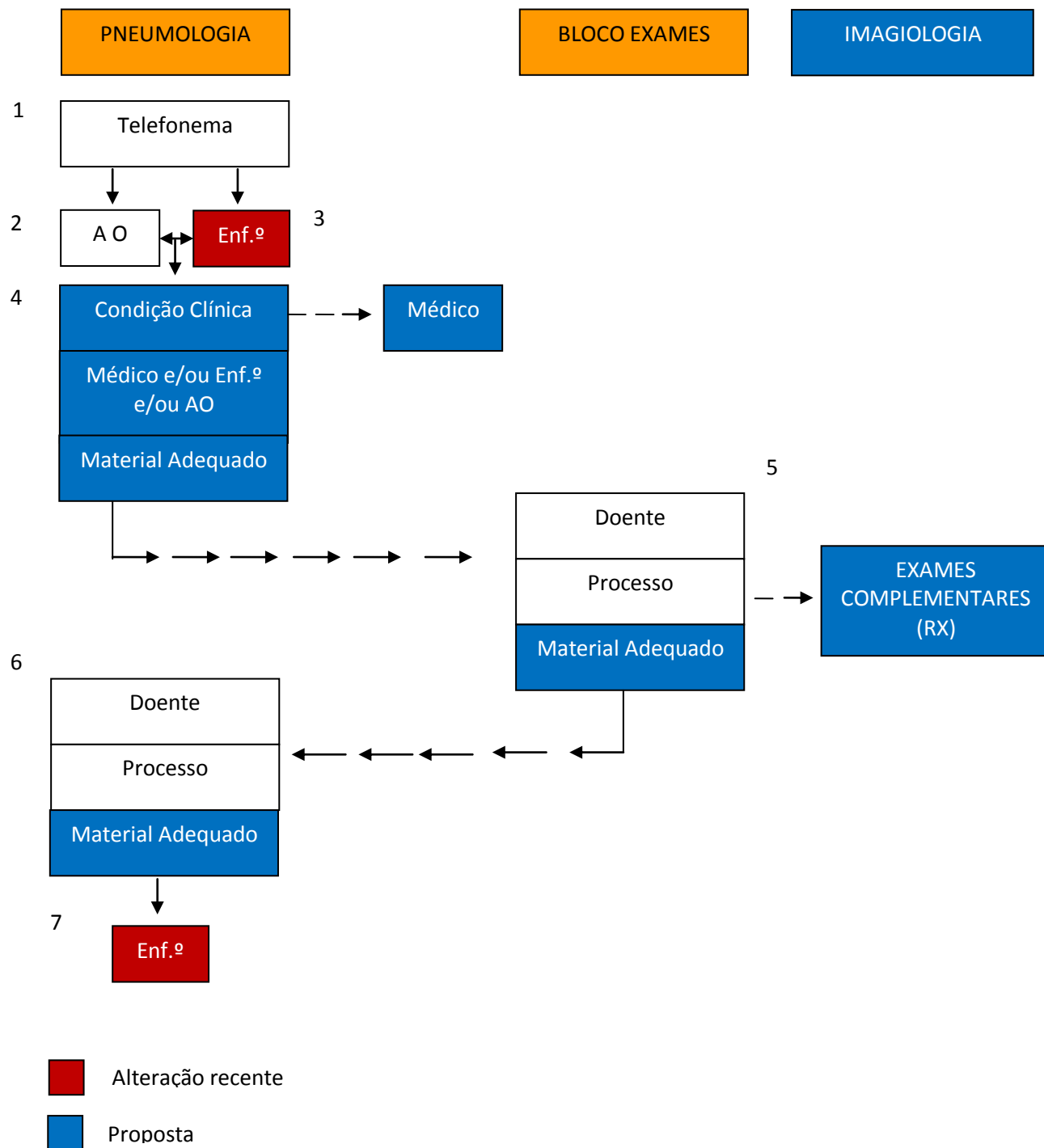


Diagrama 8 – Situação Proposta para o Transporte no regresso de Doentes do Bloco de Exames

## ANEXO 1 – Ilustração dos Principais Eventos Adversos Graves no Transporte Intra – Hospitalar, (GILLES, *et al* (2010))

---

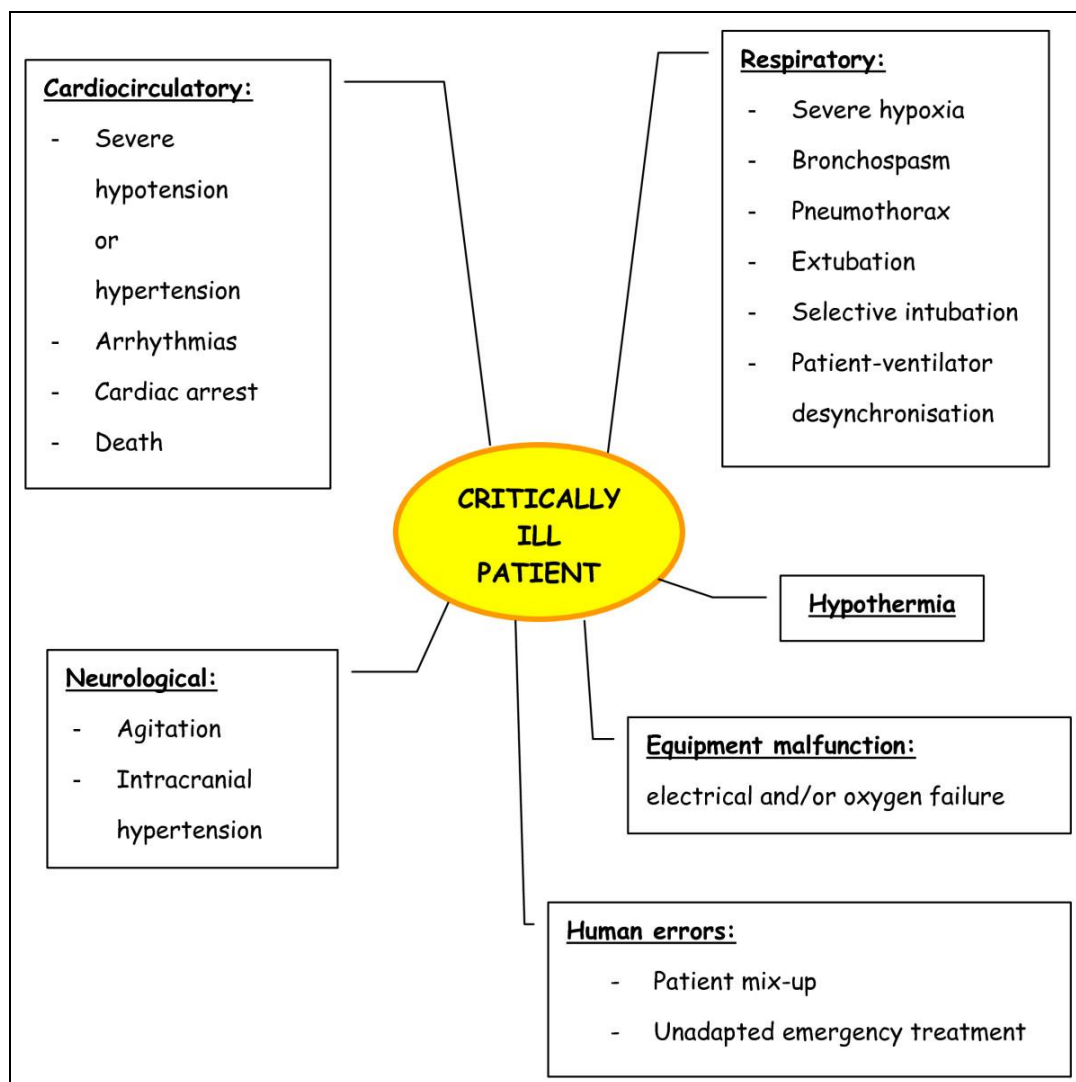


Fig. 1 - Principais eventos adversos graves identificados desde 2004 nos estudos de Lahner, Papson, Beckmann, Damm, and Gillman .

Disponível in: <http://ccforum.com/content/14/3/R87/figure/F1?highres=y>

**ANEXO 2 – Ilustração das várias circunstâncias que conduzem a Efeitos Adversos no Transporte Intra – Hospitalar, (GILLES, *et al* 2010)**

---

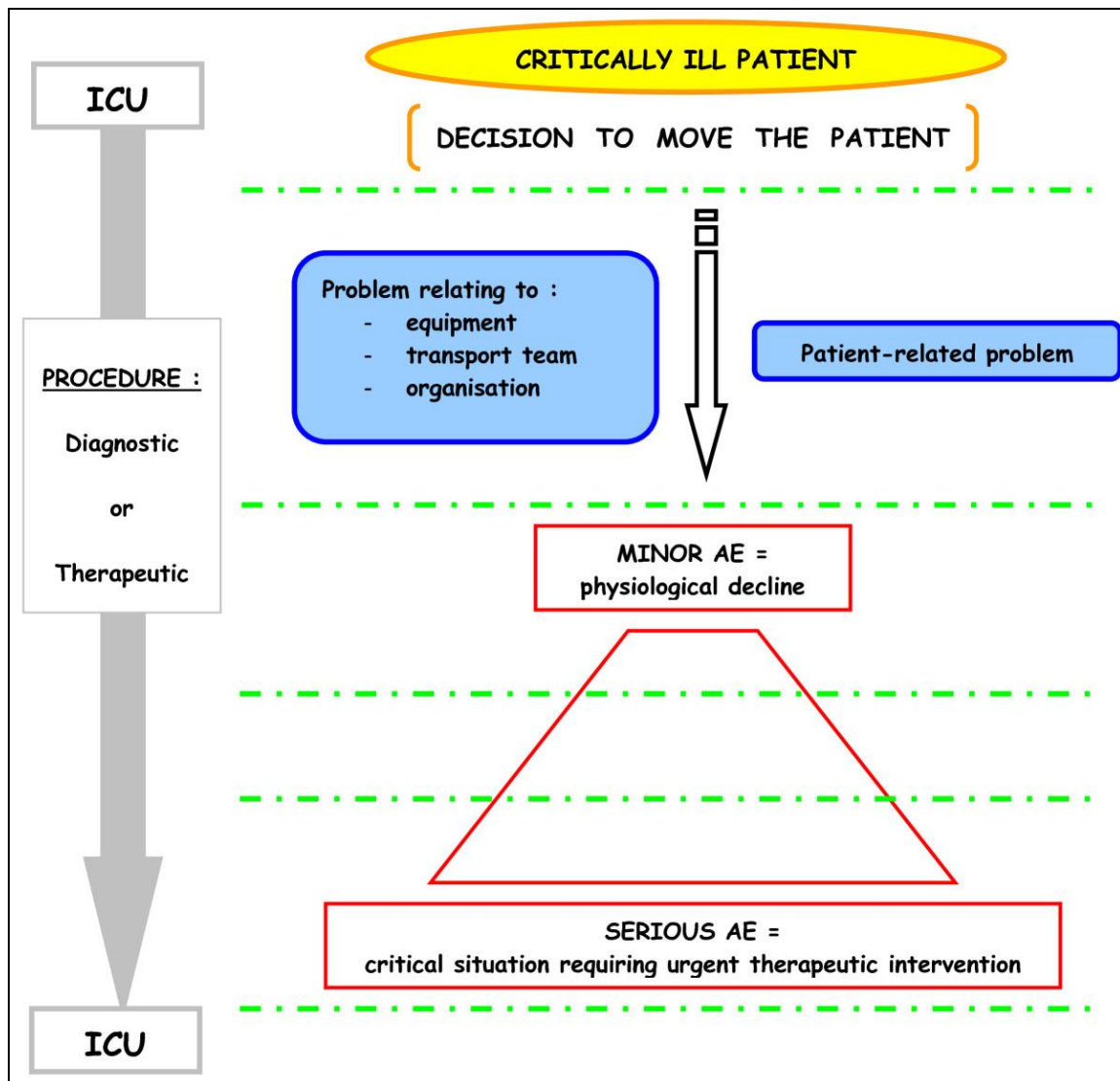


Fig. 2 - Ilustração das várias circunstâncias que conduzem a um Efeito Adverso menor e consequente grave durante o Transporte Intra-Hospitalar.

Disponível in: <http://ccforum.com/content/14/3/R87/figure/F2?highres=y>

### ANEXO 3 – Resumo de Estudos Nacionais sobre o Transporte de Pessoas em Situação Crítica

ESTUDOS NACIONAIS		
AUTOR	ANO	RESUMO
Faia e Silva	2008	<p>► – Concluíram das várias dificuldades identificadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação insuficiente</li> <li>• Comunicação deficiente entre a origem e destino o que dificulta a continuidade dos cuidados</li> </ul>
Machado	2010	<p>► - Conclui que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativamente à organização institucional estudada denota-se disfuncionalidades na organização geral, logística, nos recursos humanos e recursos técnico/materiais.</li> <li>• A nível nacional para a área de transporte doente crítico não existe nenhum normativo legal específico, nem nenhuma entidade que assuma e se responsabilize por todo o processo. Cabendo às instituições se organizarem e seguirem as recomendações de boa prática.</li> </ul>
Costa et al Realizado pelo Grupo Transporte Doente Crítico, no âmbito da Unidade Curricular Investigação	2010	<p>► – Concluíram que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 93,4 % dos participantes manifestaram desconhecimento das Normas de Orientação Clínica</li> <li>• Inexistência de Uniformização de Procedimentos</li> </ul>

Quadro 1 -Resumos de Estudos Nacionais

## ANEXO 4 - Escala de Estratificação de Risco – ETXEBARRIA et al (1998)

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ....	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O <sub>2</sub> e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O <sub>2</sub> , ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O <sub>2</sub> , ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

\* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.